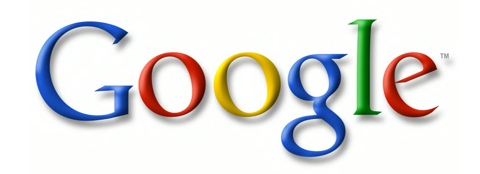


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

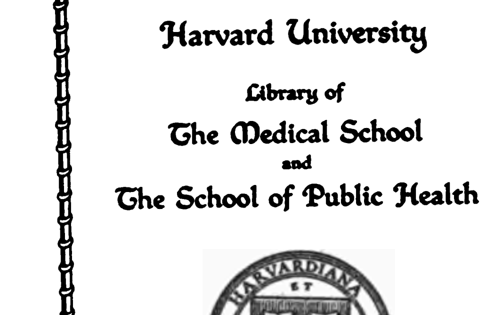
Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.




Harvard University
Library of
The Medical School
and
The School of Public Health



The Gift of

Dr. J.C.White.



Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL Dr. ANDERSON, ARNING, Prof. BEHREND, Dr. BESNIER, Prof. BERGH, Prof. BOECK, Prof. DUHRING, Prof. v. DÜRING, Dr. EHRMANN, Dr. ELSENBERG, Prof. EPSTEIN, Dr. FABRY, Prof. FINGER, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HASLUND, Prof. v. HEBRA, Prof. HALLOPEAU, Dr. C. HERXHEIMER, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Prof. JADASSOHN, Prof. JANOVSKY, Prof. JARISCH, Dr. JOSEPH, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. ŁUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Dr. du MESNIL, Prof. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, Prof. PETERSEN, Prof. POSPELOW, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RIEHL, Dr. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Dr. SCHIFF, Dr. SCHÜTZ, Dr. SCHUSTER, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WELANDER, Dr. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary,	**Prof. Doutrelepont,**	**Prof. Kaposi,**	**Prof. Lesser,**	**Prof. Neisser,**	**Prof. Schwimmer,**
Königsberg	Bonn	Wien	Berlin	Breslau	Budapest

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

Zweiundvierzigster Band.



Mit achtzehn Tafeln und acht Tabellen.

Wien und **Leipzig.**
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.
1898.



K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase, Prag.

Inhalt.

Ernst Ludwig Schwimmer †.

Original-Abhandlungen.

922/1-25

Originalabhandlungen.

Ueber die Einführung und Verwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie.[1]

Von

Dr. **Eduard Schiff**,
Docent an der Wiener Universität.

(Hierzu Taf. I—III.)

Die Bedeutung des Lichtes für die wissenschaftliche Forschung sowie die Anwendung desselben und insbesondere der wissenschaftlichen Photographie auf den verschiedenen Gebieten der Naturwissenschaften und insbesondere der Medicin ist in den letzten Jahren so stark in den Vordergrund getreten, dass die umsichtige Leitung der diesjährigen Naturforscherversammlung sich bemüssigt gefunden hat, in den Vorträgen einer eigenen Section eine umfassende Uebersicht über die verschiedenen Leistungen auf diesem Gebiete zu geben. Wir wissen, welche ausgedehnte Anwendung die Photographie in der Anatomie und Physiologie, in der mikroskopischen Forschung, in der Verwerthung bei ärztlichen Untersuchungsmethoden und anthropologischen Forschungen schon seit geraumer Zeit findet, wir erinnern uns aber auch, welche Anziehung die mächtige Naturkraft des Lichtes und ihre Wirkungsweise auf den Organismus auf die physiologische Forschung, insbesondere seit der präciseren Feststellung der actinischen Strahlen geübt hat.

Die Erfahrungen der Lichtphysiologie müssen naturgemäss dem rationell denkenden Arzte Anregung bieten, auch die

[1]) Nach einem Vortrage in der allgemeinen Sitzung der 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Braunschweig am 22. September 1897.

physiologischen Wirkungen des Lichtes zu therapeutischen Zwecken zu verwerthen.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, alle die Wirkungen auf das organische Leben aufzuzählen, die bezüglich des Sonnenlichtes oder künstlicher Lichtquellen beobachtet und beschrieben worden sind.

Ich will mich hier lediglich darauf beschränken, die Erfahrungen mitzutheilen, welche Dr. Freund und ich seit Jahresfrist mit den Röntgen'schen Strahlen gewonnen haben, welche die meisten Physiker heute noch zum Lichte rechnen.

Vorher ist es jedoch meine Pflicht, die allgemeinen physiologischen Wirkungen der X-Strahlen zu registriren, welche von anderen Forschern bereits constatirt und publicirt wurden.

Durch die Wirkung der Röntgenstrahlen constatirt Lecercle bei Kaninchen ein Sinken der Temperatur der Haut und im Rectum. Capranica behauptet, dass Mäuse durch dasselbe Verfahren in hohe Erregung versetzt werden, wobei jedoch die CO_2 Ausscheidung nicht alterirt wird. Ebenso bemerken Seguy und Quénisset, dass unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen eine heftigere und unregelmässige Herzaction hervorgerufen wird. Brandes und Dorn nehmen eine specielle Einwirkung der X-Strahlen auf die Retina beim Menschen an. Dasselbe nimmt Axenfeld für die Retina der Insecten speciell der Fliegen, an. Die Behauptungen der verschiedenen Autoren über die Wirksamkeit der Röntgenstrahlen auf Mikroorganismen sind zu widersprechend, um daraus vorläufig einen bestimmten Schluss ziehen zu können. Die Aufmerksamkeit der Dermatologen lenken aber besonders die Berichte über die Veränderung der physiologischen Function der Talg- und Schweissdrüsen sowie der Hautsensibilität auf sich. Ausserdem ist aber von besonderer Bedeutung, was von verschiedenen Autoren in Bezug auf Dermatitiden, Pigmentirungen und Alopecien im Anschluss oder in Folge von Röntgenisirung beobachtet worden ist. Auf dem jüngsten intern. med. Congress in Moskau haben insbesondere Oudin und Barthélémy diese Erscheinungen registrirt und in ein gewisses System zu bringen gesucht.

Die physiologische Wirkung wurde in der verschiedensten Art gedeutet; während viele an eine chemische Wirkung, ähnlich derjenigen, die die ultravioletten Strahlen ausüben, andere an Aetzwirkung von glühenden Platintheilchen, die von den Elektroden losgerissen in die Haut geschleudert werden, denken, andere den Einfluss der vom Inductionsapparate ausgehenden elektrischen Ströme und Wellen aussprechen, meint hinwiederum Tesla, dass die Wirkung vom Ozon abhänge, welcher bekanntermassen beim Gange grösserer Inductorien in deutlich wahrnehmbaren Mengen sich bildet. Eder und Freund nehmen an, dass die Röntgenstrahlen einen schon bestehenden elektrischen Gleichgewichtszustand des normalen Gewebes dadurch alteriren, dass sie die Elektricität der einzelnen Moleküle zur Entladung bringen und dadurch eine Störung in den Lebensvorgängen herbeiführen. Ueberdies meint Freund, dass die verschiedenen Abstufungen der physiologischen Wirkung so zu verstehen sind: die Röntgenstrahlen müssen als eine Zusammensetzung verschiedener Strahlengattungen aufgefasst werden; jede einzelne dieser Strahlengattungen hätte eine verschiedene physiologische Wirkung.

Therapeutisch wurden Röntgenstrahlen bisher noch sehr wenig verwerthet. Rendu und Du Castel wollen von der Anwendung derselben bei einer acuten Entzündung der Brustorgane, Bergonié und Mongour bei der Lungentuberculose des Menschen und Despeignes bei Magenkrebs günstige Erfolge gesehen haben.

Die Mittheilungen über die durch Röntgenexposition hervorgerufenen accidentellen Alopecien veranlassten Freund in einem Falle von Hirsuties zuerst die Röntgenstrahlen therapeutisch in der Dermatologie zur Anwendung zu bringen. Der Fall ist publicirt [1]) und ich erwähne denselben kurz:

Es wurden 2 Stellen eines den ganzen Rücken eines 5jährigen Mädchens einnehmenden Naevus pilosus den X-Strahlen exponirt; die erste durch 24 Stunden, die zweite durch 42 Stunden. (S. Taf. I.) In beiden Fällen war die Folge ein completes Effluvium sämmtlicher Haare an den exponirten

[1]) Wiener med. Wochenschrift. 1897, Nr. 10 u. 19.

Hautstellen. Während jedoch die zuerst epilirte Partie nur an einzelnen begrenzten Stellen ganz leichte Entzündungserscheinungen zeigte, im Allgemeinen jedoch intact blieb, trat am zweiten Operationsgebiete eine sehr intensive Dermatitis auf.

Kaposi leitete diese Erscheinungen (l. c.) von dem Entzündung hervorrufenden Einflusse der X-Strahlen ab, indem nämlich diese zunächst eine fluxionäre Hyperämie und dann Parese der tiefen Hautgefässe und somit auch der Gefässe der Haarpapille setzten, die Gefässveränderung sodann längs der Gefässzweigchen zur Oberfläche emporstieg und das später sichtbar werdende Erythem erzeugten.

Diese Thatsache zusammengehalten mit den von anderen Forschern später beschriebenen accidentellen Dermatitiden veranlassten mich, Versuche bei tieferen Dermatosen anzustellen, indem ich dachte, durch diese artificielle Dermatitis in der Haut tiefer liegende pathologische Processe möglicherweise zu beeinflussen.

Diese Experimente, welche zunächst in grösserer Ausdehnung sich auf Lupus erstreckten, habe ich mit Freund gemeinsam unternommen und hat dieser die Resultate unserer Arbeit auf meinen Wunsch unter gleichzeitiger Vorweisung der diesbezüglichen Moulagen und Photographien auf dem diesjährigen Moskauer internationalen medicinischen Congresse kurz mitgetheilt.

Der erste Fall, den ich dieser Behandlung unterzog, war folgender: A. S., ein 14 Jahre altes Mädchen, leidet seit ihrem 3. Lebensjahre an der gleich näher zu beschreibenden Hautaffection; sie wurde im Jahre 1891 auf der Billroth'schen Klinik zu therapeutischen Zwecken mit Koch'schen Tuberculininjectionen ohne Erfolg behandelt.

Die Kranke steht seit ca. 2 Jahren in unserer Beobachtung und Behandlung. Die Affection bot zu Beginn dieses Jahres folgendes Bild (s. Taf. II, Fig. 1):

Die ganze Dorsalfläche des linken Vorderarmes vom Metatarsophalangealgelenke angefangen bis eine Handbreit unter das Ellenbogengelenk und über die Ulnarkante bis ungefähr zur Mitte der Beugefläche des Vorderarmes sich erstreckend,

nimmt ein zusammenhängender Lupusherd ein, dessen Grenze von einer in Kreisbogenlinie ziehenden, schmalen, stellenweise breiteren, streifenförmigen Infiltration der Haut gebildet wird, die ohne scharfe Markirung in die normale Haut übergeht. Im Bereiche dieser Grenzzone ist die Haut geröthet und schilfernd. An einigen Stellen, insbesondere am Handrücken 2 Cm. über dem Metacarpophalangealgelenke des 4. und 5. Fingers, weiters an der Streckseite am obersten Pole des Lupusherdes sowie über der Mitte der Beugeseite der Ulna (s. Taf. III, Fig. 1) befinden sich kronengrosse, bucklige, dicke, schmutzig weisslich braune Borken, nach deren Abhebung sich flache rundliche Substanzverluste präsentiren, die mit dünnem Eiter bedeckt sind und von deren Basis sich stark wuchernde, weiche Granulationen hervordrängen. An den flachen gerötheten Rändern bemerkt man hie und da stecknadelkopfgrosse, rothe, weiche Knötchen die unter dem Fingerdrucke nicht abblassen. Die von der beschriebenen Grenzzone eingeschlossene centrale Hautpartie liegt zum grossen Theile unter dem übrigen Hautniveau und wird an mehreren Stellen von bläulichweissen Narbenzügen durchquert, innerhalb welcher man da und dort einzelne eingesprengte Knötchen von ähnlichen Qualitäten wie die soeben geschilderten bemerken kann. Stellenweise confluiren diese Knötchen zu grösseren bis erbsengrossen Tuberkeln, stellenweise sind sie zu kleineren von Börkchen bedeckten Geschwürchen zerfallen.

Das Mädchen ist sonst bis auf gelegentlich auftretende Conjunctivitis lymphatica gesund.

Die lupös veränderte Hautpartie dieser Patientin unterzog ich mit Rücksicht auf die von uns zuerst beobachteten Tiefenwirkungen der Röntgenstrahlen einer durch längere Zeit fortgesetzten Beleuchtung mit Kathodenstrahlen, in der Hoffnung, den erwähnten Einfluss derselben zur Zerstörung des in der Tiefe des Coriums herrschenden pathologischen Processes auszunützen.

Die im Gesicht und an Stellen, deren Exposition dem Röntgenlichte unerwünscht war, mit Bleiplatten geschützte Patientin wurde gegenüber der Focusröhre derart postirt, dass die meisten Kathodenstrahlen aus einer Entfernung von 15—20

Centimeter auf den Lupusherd auffielen. Das Röntgenlicht, das wir zu erzeugen in der Lage waren, war ein äusserst intensives, wie wir uns nach den bekannten Methoden öfters überzeugen konnten. Die tägliche Expositionsdauer betrug 2 Stunden.

Nach einigen Versuchen ward am 10. Februar 1897 begonnen, am 20. Februar zeigte sich bereits die erste Reaction. Ich lasse des Interesses halber einen Auszug aus unserem Beobachtungsjournale folgen.

20./II. Die um die Krusten benachbarte Haut pastös geschwellt, unter den Borken reichlicheres Secret hervordringend. Ausfall sämmtlicher Lanugohärchen an der Rückseite der Hand und des unteren Dritttheiles des Vorderarmes.

22./II. Die Krusten über dem Metacarpophalangealgelenke des 4. und 5. Fingers abgefallen; es liegt ein flacher, scharf begrenzter, von dickem gelben Eiter bedeckter, 3 Cm. langer und 1 Cm. breiter Substanzverlust von 2 Mm. Tiefe zu Tage, der von einem 1/2 Cm. breiten hellrothen Halo umgeben ist. Schwellung der Hand hat abgenommen.

23./II. Das Geschwür von Eiter gereinigt, zeigt die lebhaft rothe, granulirte, leicht blutende Basis, auf welcher man mehrere stecknadelkopfgrosse, weissliche, opake Knötchen unterscheiden kann. Therapie: Paraffinsalbe.

24./II. Die Haut bis zur Mitte des Handrückens geschwellt blauroth, teigig; die von einem rothbraunen Halo umgebene Geschwürsfläche von eingetrocknetem klaren Secret bedeckt. Die einzelnen Lupusknötchen an der Geschwürsbasis nicht mehr so deutlich zu unterscheiden. — Es wurde nunmehr die Hand von einer Bleimanchette umgeben und nur der proximale Theil des Lupusherdes den X-Strahlen exponirt.

Am 25./II., dem darauffolgenden Tage, machte ich zu allererst eine ganz merkwürdige Beobachtung. In der gereinigten, nunmehr abgeflachten Geschwürsbasis bemerkte ich einzelne kreisrunde, tiefe, stecknadelkopf- bis hanfkorngrosse, scharf umrandete Substanzverluste an Stellen, wo die Lupusknötchen sich befunden hatten. Von denselben ist makroskopisch nichts mehr zu sehen, die Epidermis am Rande weisslich und zerreisslich. Um das Geschwür ein 2 1/2 Cm. breiter Hof. Die

einzelnen Knötchen in der Lupusfläche sind heute geröthet, ebenfalls von rothen Höfen umgeben, turgescent und überragen das Niveau der Haut, die zwischen ihnen liegende narbige Haut zeigt aber normales Verhalten und keine Röthung. Hingegen beginnt an der proximalen wie auch an der palmaren geschwürigen Partie eine Reaction sich zu zeigen, indem selbe von einem $^1/_2$ Cm. breiten Hof umgeben erscheint. (S. Taf. II, Fig. 2.)

27./II. Status idem.

28./II. Röthung und Schwellung der distalen Partie hat stark zugenommen, die dissensinirten Knötchen in der mittleren narbigen Partie haben intensiv rothe Höfe, welche stellenweise confluiren, doch ist die zwischen ihnen liegende Haut noch unverändert.

1./III. Status idem — Aussetzen der Beleuchtung.

2./III. Epidermis über der Handpartie zum grossen Theile blasig emporgetrieben, zum Theil eingerissen, das darunter liegende Corion stark nässend, theilweise blutend, blossliegend. Therapie: Jodoformgaze.

3./III. Beim Entfernen der Jodoformgaze geht die nunmehr sehr lose anhaftende Epidermis über der Carpometacarpalgegend mit, so dass die ganze Partie nunmehr eine offene Wunde darstellt. Innerhalb dieser wunden Hauptpartie sieht man zahlreiche, besonders stark blutende, bis hanfkorngrosse Vertiefungen, den herausgefallenen Lupusknötchen entsprechend. Einzelne der mit unversehrter Epidermis versehenen prominenten isolirten Lupusknötchen werden durch leichtes Reiben mit Watte sofort excoriirt und stellen alsbald einen den Knötchen entsprechenden kreisrunden, wie mit dem Locheisen ausgestossenen Substanzverlust dar. Vaselinverband.

4./III. Dorsalfläche der Hand ziemlich unverändert. In der bisher unverändert gebliebenen Hautpartie der Narbe, constatire ich zuerst die höchst auffallende Erscheinung, dass zahlreiche kreisrunde bis hanfkorngrosse, kupferbraune, rothe Stellen auftreten, die theils im Niveau der Haut liegen, theils schon über derselben erhaben sind, und auch sonst alle Charaktere von distincten Lupusknötchen zeigen. Sonstiger Status unverändert.

8./III. Status idem.

10./III. Der proximale Lupusherd beginnt Zeichen von Reaction zu zeigen. Die Kruste ist abgehoben, darunter ein Geschwür, innerhalb dessen kleine scharf umrandete Löcher. Auch in der mittleren Partie des Lupus bemerkt man ähnliche Löcher.

13./III. Die proximale Kruste abgefallen, darunter kein Geschwür, sondern eine gut aussehende deprimirte Narbe, zahlreiche papilläre Excrescenzen von ziemlich dicker Epidermis überhäutet.

15./III. Hand geschwellt, die excoriirte Partie hat ein blasses sulziges Aussehen. Das obere Geschwür scheinbar verheilt, doch lässt sich beim Reiben ein dickes Stück Kruste entfernen, unter welchem eine scharf umrandete granulirende Fläche sichtbar wird. Lapistouchirungen. Ueber dem unteren Geschwür ebenfalls eine blasse Kruste, die aber nur schwer zu entfernen ist.

17./III. Die von Epidermis entblössten Partien haben ein frisches, gut granulirendes Aussehen, wie soeben excochleirter Lupus; sonst Status idem. Ueber dem Zeigefinger tritt heute eine Blase auf.

18./III. An den excoriirten Stellen frische Granulationen.

22./III. Beide Geschwüre von einer schwieligen Epidermismasse bedeckt, welche auf der Unterlage fest haftet. Bei Entfernung dieser Epidermis durch leichtes Reiben entsteht eine starke Blutung. In den von Epidermis entblössten Theilen treten besonders 2 Epithelinseln hervor.

2./IV. Dermatitis bis auf eine halbflachhandgrosse, von Epidermis entblösste Stellen am Dorsum manus verheilt. — Jodoformgaze. Das proximale Geschwür secernirt stark.

10./IV. Distaler Lupusherd ganz verheilt. Proximaler in Verkleinerung begriffen. Von Dermatitis bloss ein ovaler 4 Cm. langer, 2 Cm. breiter Substanzverlust über dem Metacarpus des Index übrig, der sich gegen das Metacarpophalangealgelenk hin auf $^1/_2$ Cm. verschmälert und in einen dünnen Schweif ausläuft, welcher über dem Metacarpophalangealgelenk umbiegt. Oberflächliche Lapistouchirungen.

20./IV. Proximales Geschwür auf Hanfkorngrösse verkleinert. Die obere Hälfte des von der Dermatitis herrühren-

den Substanzverlustes stark verkleinert. Doch zeigt der dünne Ausläufer steile unterminirte Ränder und ist der unebene Grund mit gelblichen Massen und dünnem Secret bedeckt. Hie und da kleine lochförmige Absumptionen zu erkennen. Hand etwas geschwellt. Es wird mit der Anwendung indifferenter Salben (Paraffin, Bor), oder mit Touchirungen der granulirenden Stellen fortgesetzt.

1./V. Status idem. Besonders bemerkenswerth und des Vergleiches wegen interessant ist der Umstand, dass sich das Lupusgeschwür an der Volarseite, wohin die Strahlen wegen des dazwischen liegenden Knochens nicht gelangen konnten, während der ganzen Zeit nicht im Geringsten änderte. (S. Taf. III, Fig. 1.)

20./V. Das Geschwür auf Markgrösse verkleinert.

15./VI. Geschwür kreuzergross.

17./VII. Die Substanzverluste von einer zarten dünnen Epidermis überhäutet, die Schwellung ist verschwunden, die Haut hat bis auf einzelne kleine narbig veränderte Partien normales Aussehen. (S. Taf. III, Fig. 2.)

Der zweite Fall betrifft einen 14 Jahre alten Knaben R. S. Seine Krankengeschichte ist kurz folgende:

Stat. praes. 19./III. 1897. Von der Mittelinie des Halses auf die rechte Halskieferfurche übergreifend ein kindeshandgrosses scheibenförmiges, unregelmässig begrenztes Lupusinfiltrat, an welchem man sowohl in der Mitte als auch an den Rändern zahlreiche, stecknadelkopf- bis hanfkorngrosse, braunrothe Knötchen von ziemlich derber Consistenz wahrnehmen kann. Diese Knötchen liegen theils im Niveau der Haut, theils sind sie über dasselbe erhaben und mit runzeliger, leicht schilfernder Epidermis bedeckt. (S. Fig.) Eine Drüse in der Medianlinie des Halses, welche unter dem Lupusherde liegt, ist auf Wallnussgrösse geschwellt. Sonst bestehen bei dem Knaben normale Verhältnisse. Das Leiden besteht seit der frühesten Kindheit und wird schon lange ohne Erfolg behandelt.

Vom 19. bis zum 28./III. wurde der Lupusherd in täglichen Sitzungen von $^1/_2$—1 Stunde den X-Strahlen exponirt. Die Gesammtdauer der Beleuchtung betrug 10 Stunden, die Entfernung der Vacumröhre von der Haut 20—25 Cm.

Am 28./III. trat eine leichte Reaction in Form eines schmalen Entzündungshofes um das Infiltrat herum auf. Dieses Aussehen behielt der Krankheitsherd bis zum 11. April. An diesem Tage konnte ich eine bedeutende Abnahme der Drüsenschwellung constatiren.

28./IV. Die lupös erkrankten Stellen bedeutend abgeblasst und abgeflacht, nahe dem Kieferrande 2 kleinfingernagelgrosse, runde, seichte Substanzverluste, deren von weichen niedrigen Granulationen bedeckter Grund hie und da steckadelknopfgrosse, scharfrandige Absumptionen aufweist.

15./V. Der Krankheitsherd fast in seiner ganzen Ausdehnung oberflächlich leicht excoriirt und nässend. Ichthyolsalbe.

1./VI. Die von Epidermis entblössten Stellen erscheinen zum Theile von einem zarten Oberhäutchen bedeckt.

15./VI. Der ganze excoriirte Lupusherd überhäutet. Er ist jetzt zum Theil narbig, zum Theile von normal aussehender zarter Haut ersetzt. Hie und da bestehen noch braunrothe verfärbte Infiltrate und Lupusknötchen.

15./VII. In unmerklicher Weise bessert sich das Aussehen des Kranheitsherdes in der Weise, dass sich viele Infiltrate abflachen und das Aussehen normaler Haut bekommen.

Die Beobachtung des letzteren Falles bedeutet einen entschiedenen Fortschritt in der Erkenntniss der Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut. Es ergibt sich, dass schon eine relativ sehr kurze Beleuchtungsdauer eine therapeutisch verwerthbare Reaction hervorruft, welche nicht nur unmittelbar nach der Einwirkung der X-Strahlen auftritt, sondern noch eine sehr lange Zeit nachwirkt, ohne von sonderlich störenden Nebensymptomen begleitet zu sein. Die wichtigsten Momente, die ich aus den mitgetheilten Krankengeschichten hervorheben möchte, sind folgende:

1. Die allgemeine entzündliche Reaction, die in jedem meiner Fälle nach ca. 10tägiger Exposition auftrat und eine auffallend lange Zeit anhielt.

2. Die specifische Reaction lupösen Gewebes auf Röntgenstrahlen dadurch, dass nicht manifeste Lupusknoten durch längere Beleuchtung sichtbar werden.

3. Die Lockerung und der Ausfall von Lupusknötchen, die nach der Einwirkung der Röntgenstrahlen erfolgten.

4. Ein unmittelbares Abschwellen von infiltrirten Drüsen im Lymphgebiete des Lupusherdes im Anschlusse an die Exposition.

5. Durch die längere Einwirkung von X-Strahlen scheint die Umwandlung von torpiden Geschwüren in lebhafte Granulationswunden veranlasst worden zu sein.

Es ist wohl schwer, die feststehende Thatsache der günstigen Beeinflussung des Lupusprocesses durch die X-Strahlen, welche auch von Kümmel, Fiorentini und Luraschi gelegentlich constatirt wurde, in zureichender Weise zu deuten. Einen directen deletären Einfluss auf die Tuberkelbacillen dürfen wir nach den mitgetheilten Experimenten noch nicht annehmen. Dies ist jedoch zur Erklärung der mitgetheilten Vorgänge auch nicht nothwendig. Der durch die X-Strahlen verursachte Reactionsprocess ist eine heftige Entzündung, die zunächst von den tiefen Hautschichten ihren Ausgang nimmt. Die Entzündung als solche genügt, die Lebensbedingungen und damit das Fortkommen der Mikroorganismen zu beeinträchtigen. Jedenfalls sehen wir, dass dieser Krankheitsprocess mindestens eine entschiedene Tendenz zur Besserung bekam, und dieses Moment allein muss uns ermuntern, die Experimente über die therapeutische Verwerthbarkeit der X-Strahlen weiter fortzusetzen. Ich kann diese Ausführungen nicht schliessen, ohne das werthvolle und fördernde Interesse mit dem Regierungsrath Eder, Leiter der k. k. graphischen Lehr- und Versuchsanstalt in Wien, diese Experimente verfolgte, dankend zu erwähnen.

Die Herren Oudin und Barthélémy haben es in ihrer in Nr. 9 der „Monatshefte für prakt. Dermatologie", 1897, II. Bd., publicirten fleissigen Zusammenstellung der physiologischen Eigenschaften der X-strahlen leider unterlassen, dieser meiner bereits am 2. Juni 1897 in der Wiener dermat. Gesellschaft mitgetheilten Experimente zu gedenken. Dass die von Freund und mir zuerst versuchte und publicirte Röntgenbehandlung des weiteren Studiums werth sei, beweisen die jüngst erschienenen Mittheilungen von Jutassy J. in „Orvosi Hetilap", 1897, Nr. 24 und 25, Gocht in „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen", Heft 1 und Albers-Schoenberg ibid Bd. I, welche von erzielten Heilerfolgen auf demselben Wege berichten.

Schiff.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel I—III.

Taf. I. Die rechtsseitige Figur zeigt den Naevus pigmentosus pilosus vor der Behandlung, die linksseitige während derselben, u. zw. beachte man die zwei Operationsfelder in der Nacken- und Sacralgegend.

Taf. II, Fig. 1. Lupusherd an der Dorsalseite vor der Behandlung.

Taf. II, Fig. 2. Reactionshöhe.

Taf. III, Fig. 1. Lupusherd an der Volarseite.

Taf. III, Fig. 2. Lupusherd an der Dorsalseite nach der Behandlung.

Institut für Dermatologie und Syphilis des Prof. Majocchi an der kgl. Universität in Bologna.

Granuloma trichophyticum Majocchi.

Untersuchungen und klinische Beobachtungen.

Von

Dr. **G. Pini,**
Assistent.

Die Biologie und Morphologie des Trichophyton ist durch die Arbeit ausgezeichneter Forscher in klares Licht gestellt worden, und heute wissen wir, dass dieser Parasit von einem einfachen Epiphyten übergehend zu einem Endophyten auch die Stelle eines gelegentlichen Eitererregers einnehmen kann. Die mannigfaltigen Verschiedenheiten der localen Bedingungen, des Sitzes, die Verschiedenheiten der Beschaffenheit des befallenen Territoriums, die Schwankungen der Virulenz, der Dauer, die häufig unzweckmässigen Heilmittel, können dazu dienen, das verschiedene Aussehen und die wechselnden Formen zu erklären, welche die Trichophytien annehmen können. Aber wenn man auch unsere Kenntniss von den Trichophytien der behaarten Theile und der haarlosen Stellen als recht vollständig ansehen kann, so lässt sich doch nicht dasselbe von den sogenannten Dermatitiden sagen, welche, früher vollständig geleugnet, allmälig aber erkannt und von verschiedenen Autoren beschrieben worden sind.

Da ich Gelegenheit hatte, einige Fälle jener speciellen Form der Dermatitis Trichophytica zu beobachten, welche zuerst von Majocchi unter dem Namen des Granuloma Trichoph. beschrieben worden ist, halte ich es für nützlich, einen kleinen Beitrag zum Studium dieser Krankheit zu liefern und beginne sofort mit der Erörterung der Literatur dieses Gegenstandes.

Im Jahre 1883 brachte eine kurze aber wichtige Abhandlung Majocchi's (1) neues Licht über „eine complicirte Form, welche von der Sycosis und dem Kerion verschieden ist. Dieselbe charakterisirt sich durch runde flache Anschwellungen der Haut, welche spontan nicht schmerzen, wohl aber unter dem Drucke des Fingers etwas empfindlich sind; ihre Decke besteht aus normaler oder leicht gerötheter Haut, welche aber nicht abschuppt, und von einem farblosen Hofe umgeben ist; ihre Ausbreitung zeigt eine gewisse Symmetrie, sie haben die Grösse einer Haselnuss oder Bohne, und anfangs eine einigermassen elastische Consistenz; diese wird aber später weich, fast fluctuirend, so dass sie selbst kleine subcutane Abscesse vortäuschen kann, mit denen man sie auch leicht verwechseln kann.

Wie die anderen complicirten Formen der Trichophytie, besitzt auch sie ein Stadium herpeticum, oder es geht ihr sozusagen immer ein Herpes tonsurans voraus, und sie bildet, wie das Kerion, die letzte Phase desselben.

In histopathologischer Beziehung stellt sie sich uns mit allen Charakteren eines subcutanen Granulomes dar, gebildet von einem aus jungen Granulationszellen bestehenden Gewebe, reich an Gefässen, zwischen denen sich Riesenzellen befinden, welche ihm das Aussehen tuberculösen Gewebes geben.“

Diese Beschreibung, welche ich nach der Publication Majocchi's selbst citirt habe, gibt uns einerseits einen genauen Begriff von dem klinischen Bilde dieser neuen Form der Trichophytie, welche sich in Form und Sitz wesentlich von den Trichophytien der Epidermis unterscheidet, von den tiefen Trichophytien aber durch den chronischen Verlauf, durch das Fehlen eines wahren Eiterstadiums und durch den histologischen Bau. Daher schlug auch der Autor vor, diese Form als eine neue Manifestation der Trichophytie zu betrachten und gab ihr den Namen „Granuloma trichophyticum“. Andererseits trug diese Arbeit Majocchi's wesentlich zur Förderung der Frage über die Trichophytie des Derma bei, über welche die Meinungen der Dermatologen noch weit auseinander gehen. Während nämlich alle wohl wissen, dass das Trichophyton bei seinem Vordringen auf dem Wege des Follikels lebt, sich vermehrt und schwere Läsionen hervorbringt, welche bis in die Tiefe der mittleren Dermaschichte reichen, konnten sich noch nicht alle zu der Ansicht bekennen, dass das Trichophyton auch in das Derma eindringe und hier Krankheitserscheinungen hervorbringe.

Majocchi hat jedoch in seiner Arbeit auch die Schwierigkeit des Vordringens des Parasiten aus der Epidermis in das Derma betont; er stellte ferner die Anwesenheit desselben in den tiefen Dermaschichten fest und bezeichnete den Follikel als einzige Eintrittspforte. Weiterhin bezeichnete er auch den günstigsten Zeitpunkt oder Moment für das Vordringen des Pilzes, welcher in die Mycelperiode der Entwicklung desselben falle. Seither erwarten nun die Resultate der Beobachtungen Majocchi's die Bestätigung und weitere Ausarbeitung durch andere

Dermatologen, obgleich sich der Autor selbst vorbehalten hat, seine kurze Arbeit, welche nur in Form einfacher Schlüsse dargestellt ist, weiter auszuarbeiten und die beobachteten Fälle weitläufiger und genauer darzulegen. Wir wünschen, dass dieselbe recht bald erscheinen möge.

Nach Majocchi beschrieb Campana (2) im Jahre 1887 in einer Arbeit unter dem Namen „Trichophytiasis dermica" den histologischen Befund einer papelartigen Erhebung, welche aus einem erythematosquamösen Herde von Trichophytie des Scrotum ausgeschnitten worden war, wobei er über das Vorhandensein weniger Sporen und einzelner Mycelfäden des Trichophyton im Derma berichtet. Er bringt jedoch kein Wort über die histologische Structur dieses Stückchens, wie er auch keine Erwähnung eines Granulomes macht, und dies wohl nur deshalb, weil die histologischen Charaktere dieses ausgeschnittenen papulösen Hautstückchens wohl sehr weit von der Beschreibung Majocchi's abwichen. Wenn somit auch der Fall Campana's als recht instructiv für die Frage der Trichophytie des Derma angesehen werden kann, so trägt er doch gar nichts zur Erläuterung der Frage über das Granuloma trichophyticum bei. Nichtsdestoweniger besitzt er eine grosse Wichtigkeit, sei es vom ätiologischen Standpunkte aus — ich möchte das zweifache Entwicklungsstadium erwähnen, in welchem sich der Pilz befand — sei es vom histologischen Standpunkte aus, insofern als die Papel als der Beginn oder das Vorstadium des Granulomes betrachtet werden kann.

Eine directe Erwähnung der Trichophytie des Derma machte Pelizzari (3), ich möchte sagen unter dem Einflusse der Entdeckung Majocchi's im Jahre 1888 in seinem Referate über die Trichophytie am Congresse zu Pavia; nachdem er die verschiedenen Formen der Trichophytie der Epidermis beim Menschen abgehandelt hatte, erwähnte er auch die Arbeit Majocchi's. Aber seine Schlüsse zeigten die Tendenz, das Granulom eher als eine Begleiterscheinung des Kerion aufzufassen, als es für einen klinisch und histologisch davon verschiedenen Process zu halten, während er die Nothwendigkeit des Mycelstadiums für das Vordringen des Pilzes in das Derma anerkannte. Zum Schlusse citirte er einen Fall von Sycosis des Bartes, bestehend aus „verschiedenen Anschwellungen teigiger Consistenz aber mit deutlicher Erweichung in der Mitte, welche von glänzender, weinroth gefärbter, der Haare vollständig beraubter Haut bedeckt sind". Bei Untersuchung des Inhaltes derselben fand er „inmitten des gelbrothen weichen Gewebsbreies, welcher dem der scrophulösen Knoten sehr ähnlich war, Trümmer von Haaren, welche von Pilzsporen durchsetzt waren und den Brei selbst zum grössten Theile aus jungem Granulationsgewebe bestehend".

Dazu muss ich bemerken, dass von Majocchi die Vergesellschaftung des Kerion mit dem Granuloma weder ausdrücklich zugegeben, noch derselben widersprochen worden ist, und ich selbst werde ein Beispiel bringen, wo einfache Folliculitis und Granulom combinirt in ein und demselben Herde vorkommen; nichtsdestoweniger bleibt aber die Be-

deutung und Individualität des Granulomes unerschüttert bestehen, da sich dasselbe in seinem makroskopischen Aussehen, seinem Verlaufe und in seinem Ausgange vollständig von der Sycosis und dem Kerion unterscheidet. Andererseits ist es in Bezug auf die Entwicklungsphase des Pilzes unzweifelhaft, dass der günstige Moment für das Eindringen des Pilzes in das Derma das Mycelstadium ist, wie die histologischen Untersuchungen Majocchi's und Campana's beweisen und wie Pelizzari selbst bezüglich der Onychia trichophytica versichert; doch muss man zugeben, dass er sich auch im Sporenstadium hier vorfindet, wie ich es selbst constatiren konnte.

Eine weitere Bestätigung dieser neuen Trichophytie brachte Campana (4), indem er einen zweiten Fall von Trichophyton im Derma beschrieb, mit Bildung von Knoten, welche aus jungen Granulationszellen und Riesenzellen bestanden. Ich brauche über diese Arbeit nicht näher zu berichten, da sich der Autor über die Frage der mycotischen Dermatitiden überhaupt ausbreitet und seine bakteriologischen Untersuchungen mittheilt.

Eine ganz kurze Andeutung oder vielmehr nur eine Nennung dieser Trichophytie findet man etwas später in den Bemerkungen Besnier's und Doyon's über Kaposi's (5) Werk im Capitel über die trichophytischen Dermatosen. Hier sind die Arbeiten Majocchi's und Pelizzari's citirt und der Fall Campana's theilweise berichtet.

Unter dem Namen „Trichophytiasis dermica" veröffentlichte Bonome (6) im Jahre 1892 eine Abhandlung, in welcher er einen einzig dastehenden und bisher unbekannten Fall von Blaseneruption beschreibt, welche durch einen Pilz hervorgerufen war, der, dem Autor gemäss, alle morphologischen Charaktere des Trichophyton besass; derselbe wurde nicht nur in der Epidermis und im Derma, nein, sogar auch im Perineurium, in den Scheiden der Gefässe, in der Medulla und in den Nieren gefunden. Wegen der vollständig atypischen Erscheinungen an der Haut, wegen des einzig dastehenden Verlaufes der Krankheit und wegen des negativen Resultates, welches Culturversuche mit dem Blaseninhalte ergaben, hat die Erkrankung des Derma, wie sie durch das Trichophyton Bonome's hervorgerufen wurde, gar nichts mit derjenigen gemein, welche von Majocchi, Pelizzari und Campana beschrieben wurde und eine vollständig neue Entdeckung darstellt.

Dagegen habe ich in dem schönen und ausführlichen Referate Pick's (7) über die Dermatomycosen, welches derselbe am Congresse zu Breslau erstattet hat, keine Erwähnung des Granuloma gefunden. Wohl aber drückt sich Jadassohn in einem Capitel, das einen Theil des Handbuches von Lubarsch und Ostertag (8) bildet, gelegentlich der Localisation des Trichophyton folgendermassen aus: „Majocchi beschreibt eine ganz besondere, nicht entzündliche weiche Anschwellung bestehend aus Granulationsgewebe und Riesenzellen in der Umgebung der Haare; sowohl in diesen wie auch im Derma hat er den Pilz gefunden."

Sowie die Literatur über diesen Gegenstand bisher sehr spärlich ist, glaube ich auch, dass diese Dermatose gleichfalls selten genug ist, welche, wie schon erwähnt, früher sehr leicht mit anderen Krankheitsproducten (Folliculitis, Abscesse) verwechselt werden konnte, die aber dennoch durch eine immerhin hinlängliche Zahl von Beobachtungen ihre Sanction erhalten hat, sowie auch durch eine genaue und wiederholte Beschreibung der morphologisch-klinischen Eigenschaften, welche sie charakterisiren.

Es sind zwei Fälle, welche ich im letzten Viertel des Jahres 1896 beobachtete; einen dritten sah ich zu Anfang des laufenden Jahres. Bezüglich der beiden ersten habe ich neben dem objectiven Befunde und einigen anamnestischen Daten auch über die histologische und bakteriologische Untersuchung zu berichten; vom letzten stehen mir nur klinische Beobachtungen zur Verfügung.

Der erste Fall betraf eine gewisse M. B., eine zwanzigjährige Bäuerin, welche am behaarten Kopfe — die Haare waren rasirt worden — bogen- und münzenförmige Herde eines erythemato-squamösen Herpes tonsurans zeigte; diese Herde waren an den Grenzen des Haarwuchses am deutlichsten zu sehen; in der Mitte dagegen und ganz besonders am Scheitel des Kopfes und in der Hinterhauptgegend standen disseminirte, halbkugelförmige Erhebungen von wechselnder Grösse (von der eines Hanfkornes bis zu der einer Haselnuss), von rother Farbe, von glänzender, gespannter, fast haarloser Haut bedeckt. Einige derselben liessen eine deutliche Fluctuation wahrnehmen, andere dagegen waren consistent, aber nicht hart, gleichsam pastös; keine Andeutung von Confluenz oder anderer Figurenbildung.

Nichts Abnormales an der übrigen Hautoberfläche oder an den inneren Organen.

Die Anamnese ergibt fast gar nichts; dieselbe lehrt uns nur, dass diesen Knoten ein erythemato-squamöses Stadium vorausging (vom Volke „volatica" genannt), welches über den ganzen Kopf verbreitet war; dass diese Knoten vor 8 Monaten sich zu bilden begonnen hatten, und dass die Familie den Ursprung der Krankheit auf erkrankte Rinder zurückführen zu können glaubt.

Beim Einschneiden einiger Knoten trat eine eiterähnliche, mit Blut vermischte Flüssigkeit zu Tage, welche zur mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung gesammelt wurde. In dieser Flüssigkeit nun fanden sich neben rothen und weissen Blutkörperchen, Epidermiszellen, Detritus von

Plasma- und Kernsubstanz auch kleine runde oder ovale Körperchen, welche wohl auch angedeutet viereckige Gestalt besassen, sich homogen färbten, stark lichtbrechend waren, sich theils einzeln, theils in Gruppen vorfanden, kurz, ganz den Anblick von Sporen boten. In einigen Präparaten ist es mir gelungen, fast alle anderen Elemente zu entfärben und nur den Kern der Sporen mittels Safranin sehr stark zu färben, während die Kapsel fast ungefärbt blieb. Die Erfolge der Cultur sollen gleichzeitig mit denen des nächsten Falles angeführt werden. Schliesslich wurde mit Bewilligung des Patienten ein consistenter Knoten aus der Scheitelgegend ausgeschnitten.

Der zweite Fall betraf einen Bauernknaben V. G. von 9 Jahren, welcher ausser einem fünffrankstückgrossen trichophytischen Herde an der Vorderfläche des rechten Vorderarmes eine knötchenartige Erhebung von länglicher Gestalt zeigte, welche in Bogenform verlaufend, eine kurze Strecke des Randes dieses Herdes einnahm; sie war von rosarother, gespannter, glänzender, unversehrter Haut bedeckt. Neben dieser ziemlich harten und tief infiltrirten Erhebung standen ungefähr in der Mitte des trichophytischen Herdes 2 oder 3 isolirte Pustelchen. Von Seiten der Anamnese erfahren wir, dass ein kleiner Bruder des Kranken nur an einer Trichophytie der haarlosen Stellen leidet; als dieser sich auf unsere Einladung hin vorstellte, konnte ausser der Feststellung dieser Diagnose auch noch constatirt werden, dass sich einige Herde bereits in Kerion ausgebildet hatten, und überdies die seltene Localisation der Trichophytie an den Augenlidern. Wegen der Nachlässigkeit und Unbildung der Eltern war es mir unmöglich, genau festzustellen, seit welcher Zeit im ersten Falle die Granulombildung, im zweiten die des Kerion stattgefunden hatte, und ich konnte mich nur vergewissern, dass dieselben nicht länger als 3 Monate bestanden und von Rindern ihren Ursprung nahmen.

Beim Ausschneiden des eben beschriebenen Knotens machte ich sofort Impfungen auf Nährböden.

Der dritte Fall, eine gewisse C. E., 7jährige Schülerin, zeigte zwischen dem Scheitel und der Fossa suboccipitalis eine Gruppe von 7 von einander getrennten Herden, welche ganz frei von Haaren und flach, kaum papelartig waren; ihre Farbe war weinroth, glatt, glänzend; beim Tasten erwiesen sie sich als recht feste Infiltrate, welche die ganze Dicke der Haut durchsetzten.

Bei diesem Falle wurden weder histologische noch bakteriologische Untersuchungen ausgeführt; nichtsdestoweniger findet derselbe hier seinen Platz auf Grund der Diagnose und

wegen des besonderen makroskopischen Aussehens der Plaques. Es ist ja doch kein Zweifel darüber, dass dieselben mit der in der Nachbarschaft befindlichen erythemato-squamösen Trichophytie in Zusammenhang standen, sowohl wegen ihrer Localisation als auch wegen ihrer Configuration, sowie wegen der Aufeinanderfolge und endlich wegen der Ergebnisse der Anamnese. Andererseits war es leicht, Sycosis und Kerion auszuschliessen, da von Follikelerkrankung keine Spur vorhanden war.

Wenn wir nun daran gehen, diese 3 Fälle vom klinischen Standpunkte aus zu betrachten, so werden wir leicht feststellen können, dass jeder derselben ein ganz besonderes und eigenthümliches Aussehen zeigten. In der That, während das Granulom im ersten Falle von Knoten verschiedener Grösse und Consistenz gebildet war, die sich über den behaarten Kopf zerstreut fanden, sahen wir im zweiten Falle nur einen einzigen Knoten; der dritte Fall endlich war nicht so sehr durch Knoten als durch flache, derb infiltrirte Plaques in der Nackengegend charakterisirt. Diese verschiedenen makroskopischen Charaktere zeigen jedoch bei genauer Betrachtung keineswegs so bedeutende Unterschiede, dass sie als verschiedene Manifestationen der Krankheit aufgefasst werden müssten, noch weniger aber bilden sie drei pathologische Typen; mit einem Worte, ihre Verschiedenheit ist mehr scheinbar als wirklich. In der That beginnt das Granuloma in Form kleiner, milienartiger oder linsenförmiger Erhabenheiten, welche flach sind, rothe Farbe besitzen und von glänzender, haarloser Haut bedeckt werden, die keine Spur einer Abschuppung zeigt.

In dieser ersten Periode ist die Consistenz des Knotens erheblich, gleichsam fibrös und schon jetzt macht sich die Verschiedenheit zwischen Granulom und der Sycosis oder dem Kerion deutlich erkennbar, bei welch beiden Processen die papelartige oder erbsenförmige Erhebung an einen Follikel gebunden erscheint, wobei ihre Gestalt immer etwas zugespitzt und ihre Färbung viel intensiver ist, während das Haar oder der Haarstumpf an der Spitze des Knötchens hervorragt. Ein anderer höchst wichtiger Charakter besteht in der Dauer dieser ersten Periode; während nämlich bei der Sycosis und dem

Kerion die papulöse Phase nur eine Dauer von einigen Stunden bis zu wenigen Tagen zeigt (wie z. B. bei einem künstlich hervorgerufenen Kerion der Fall ist), erreicht diese bei einem Granulome eine bedeutend längere Dauer, da man dasselbe manchmal wochen- und monatelang in diesem Stadium beobachten kann, wie es mir im 3. vorn erwähnten Falle geschehen ist. Aber nach einer gewissen Zahl von Tagen ändert der Granulomknoten sein Aussehen, indem er sich mehr erhebt, pastös und später weich und fluctuirend wird; die Haut darüber ist dann derb, von dunkelrother, fast cyanotischer Farbe. Bei der Sycosis und dem Kerion jedoch kommt es ohne weiteres zur Eiterung, die sich, wie bekannt, an der pustulösen Spitze des Knotens zeigt, wo sie auch durchbricht, worauf der freie Eiter zu graugelben Krusten eintrocknet, welche, von verschiedener Dicke und Gestalt, häufig die folliculäre Anschwellung verbergen können.

Auch das erweichte und verflüssigte Granulom kann in Ulceration übergehen, aber das Secret, welches hier austritt, hat gar keine Aehnlichkeit mit Eiter; es ist nämlich zum grössten Theile von Blut und weichem, graurothen Detritus gebildet, welcher sehr an die degenerirten Granulationen gewisser Wunden erinnert. Dann erschlafft der Knoten, die Haut wird runzelig, und in der Mitte bildet sich eine kleine rothbraune Kruste, welche die Perforationsöffnung verdeckt. Aber mit der Zeit kann sich die Erhebung wieder ausbilden und sich successiv wieder von Neuem entleeren, bis zur vollständigen Ausstossung der granulomatösen Massen, welche sie enthält, wie ich dies selbst im ersten Falle beobachtete.

Da wir nun schon einmal über die klinischen Charaktere des Granulomes sprechen, wird es gut sein, dass wir uns auch bei den Einzelheiten der Anordnung und Gestaltung der Knoten aufhalten. Die erstere besteht, wie Majocchi (9) sagt, in der Confluenz zu aus Knoten gebildeten Ketten oder knotigen Strängen, welche häufig das Aussehen von Gehirnwindungen annehmen. Dieses Aussehen, das ich selbst in einem früheren Falle beobachtet, dessen ich hier jedoch nicht erwähnt habe, bestand bei keinem der drei Patienten, über die ich hier berichtet habe, in klarer Weise. Im Gegentheile! Im ersten Falle zeigte

sich eine zerstreute Anordnung der Knoten und im dritten Falle waren Plaques vorhanden. Diese Anordnung in Plaques kann aber in der That als gleichwerthig jener in Strängen angesehen werden, da die eine wie die andere dem neoplastischen Stadium der Knoten eigenthümlich ist. Wenn wir nun annehmen, dass die Knötchen anfangs zerstreut und spärlich sind, und dabei das Bestreben zeigen, sich zu gruppiren und zu confluiren, haben wir plötzlich das Warum dieser besonderen Configuration des Granulomes erklärt. Es ist ganz gewiss, dass das neoplastische Stadium dieser Dermotrichophytiasis durch Wochen und Monate hindurch bestehen muss, damit dieselbe die eigenthümliche Gestalt von Cordonen und Plaques annehmen könne. Natürlich kommt unter solchen Bedingungen leicht auch eine vollständige Alopecie zu Stande, sowie eine Verminderung der Intensität der Färbung, ein gleichmässiges Abblassen der Stränge, welche deshalb auch eine grössere Aehnlichkeit mit Gehirnwindungen annehmen.

Was nun die Häufigkeit und den Sitz des Granuloma trichophyticum betrifft, beschränke ich mich einfach darauf, seine Seltenheit zu constatiren: denn unter vielen Hunderten von Trichophytonfällen sind in einem Zeitraume von vier Jahren nur vier in meine Beobachtung gekommen, und von diesen merkwürdiger Weise in dem kurzen Zeitraume eines Vierteljahres zwei. Ob es aber beim männlichen oder weiblichen Geschlechte häufiger ist, ob in der Kindheit oder den Jünglingsjahren, kann ich wegen der geringen Zahl der Fälle nicht sagen.

In den von mir beobachteten Fällen schwankte das Alter zwischen 7 und 20 Jahren; aber ich erinnere mich eines früheren Kranken mit einem typischen, mehrere Monate dauernden Granuloma, welcher 40 Jahre alt war.

Der constante Sitz des Granuloma befindet sich, wie aus den Beobachtungen der citirten Autoren und aus den meinigen hervorgeht, an der behaarten Haut des Kopfes, und zwar zumeist zwischen dem Scheitel und dem Nacken. Ausnahmsweise konnte ich einen Fall mit der Localisation am Vorderarme beschreiben, und da möchte ich hinzufügen, dass, wenn die Diagnose nicht durch die histologische Untersuchung festgestellt

worden wäre, wie später auseinandergesetzt wird, dieselbe keinesfalls hätte klinisch sichergestellt werden können, da die Verwechselung mit einem Knoten von Sycosis vegetans oder papillomatosa sehr leicht möglich war.

Gewöhnlich stellt man sich am Schlusse die Frage, welches wohl die Gründe für eine solche Entwicklung sein könnten, oder mit anderen Worten, welches die Gründe seien, die die Wanderung des Trichophyton aus dem Follikel in das Derma erleichtern.

Aber die genaueste Untersuchung der Umstände, unter denen sich das Neoplasma bildete und entwickelte und das Studium der Präparate hat mich gar keine anatomischen oder functionellen Gründe erkennen lassen, welche gleichsam als der Coefficient der granulomatösen Neubildung angerufen werden könnten. Nur ein Umstand scheint mir in den oben berichteten Krankengeschichten der Erwähnung werth, und zwar der, dass in zwei Fällen die Trichophytiasis ihren Ursprung von Thieren herleitete. Jeder weiss, dass Sabouraud (10) annimmt, dass das Trichophyton thierischen Ursprunges sich durch gewisse Charaktere (extrafolliculären Sitz) wohl von dem vom Menschen stammenden unterscheidet, und die klinische Beobachtung hat uns schon gezeigt, dass die Trichophytien erster Art im Verhältnisse zu den vom Menschen stammenden durch eine grössere Dauer und heftigere Erscheinungen ausgezeichnet sind, und durch eine grosse Neigung zur Bildung von Complicationen (Sycosis, Kerion). Unter diesen Verhältnissen schien es mir nothwendig zu untersuchen, ob thatsächlich dem Trichophyton, welches ich in Untersuchung hatte, diejenigen Eigenschaften zukamen, welche Sabouraud der von Thieren stammenden Species zuschreibt. Was in dieser Beziehung den Sitz des Trichophyton anbelangt, so haben mir wiederholte mikroskopische Untersuchungen gezeigt, dass der Parasit vornehmlich innerhalb der Haare gelagert war und nur sehr wenige Sporen, wenige Mycelfäden fanden sich in der Nachbarschaft der Haare; was aber den Charakter der Culturen betrifft, so werden wir später sehen, dass sie von den von Sabouraud selbst angegebenen verschieden sind. Doch will ich mich auf Grund dieser negativen Untersuchungen keineswegs mit Bestimmtheit

in diesem oder jenem Sinne über die Bedeutung des Ursprunges des Trichophyton aussprechen, und ich kann diese Differenz auch nicht als einen annehmbaren ätiologischen Umstand für die Bildung des Granulomes anrufen. Kann man aber andrerseits nicht auch annehmen, dass, wenn ein Trichophyton lange Zeit auf einem anderen Nährboden lebt, es seinen Charakter ändere? Die Untersuchungen von Waelsch (11) über den Pleomorphismus pathogener Hyphomyceten haben zur Beantwortung dieser Frage im bejahenden Sinne sichere Anhaltspunkte geliefert.

Nachdem wir nun das Granuloma trichophyticum vom klinischen Standpunkte aus besprochen haben, erübrigt uns noch die Erörterung des histogenetischen und mykologischen Theiles.

Was die Technik der Vorbehandlung und Färbung der ausgeschnittenen Hautstückchen betrifft, bediente ich mich zur Fixation und Härtung sowohl des Alkoholes als auch der Pikrinsäure mit nachfolgender Waschung und Behandlung mit den verschiedenen Alkoholen. Die Einbettung erfolgte immer in Paraffin und von den Färbungsmethoden wählte ich das Methylviolett, Lithium-Carmin mit Gentianaviolett, Anilinblau mit Safranin, Gentianaviolett mit Entfärbung nach Gram, die Möller'sche Methode, Haematoxylin, Haematoxylin mit Orcein, Safranin u. a. Unter allen diesen scheint mir für die Untersuchung der Sporen das Safranin von Martinotti am vortheilhaftesten zu sein.

Die Schnitte des Knotens, welcher vom Scheitel des Kopfes (erster Fall) ausgeschnitten worden war, zeigten verschiedene und wechselnde Veränderungen, welche immer schwerer wurden, je mehr man mit der Beobachtung von den oberflächlichen Lagen zu den tieferen vorschritt. Während nämlich die Malpighi'sche Schichte der Epidermis fast noch gar keine Veränderungen zeigt (ausgenommen an den Follikelmündungen) und die Veränderungen der Pars papillaris des Derma noch sehr gering sind, bemerken wir, sobald wir in das mittlere Derma und in die Tiefe desselben kommen, dass die Structur desselben vollständig verändert ist und dass das

normale Bindegewebe geradezu durch fremde Elemente verschiedener Gewebe ersetzt ist.

Die Gegend der Follikelmündung ist im Allgemeinen erweitert und etwas verunstaltet; insofern als dieselbe anstatt eine trichterförmige Gestalt darzubieten mehr die Form eines Bechers zeigt, der fast immer von einer Anhäufung geschichteter Schuppen angefüllt ist, welche unregelmässig über einander gelagert erscheinen. Im ersten Falle boten dieselben den Anblick von leicht geschlängelten Hornlamellen, welche stellenweise parallel mit einander verliefen, stellenweise durch rhombiche Maschen von einander getrennt waren; im Grunde des Bechers jedoch ist die Schichtung dicht. Im zweiten Falle sind diese zelligen Elemente theils vom Schnitte getroffen, theils sind sie von der Fläche zu sehen; sie besitzen eine polygonale Form, einen centralen Kern, und sind zumeist ungefärbt, zuweilen jedoch auch intensiv gefärbt u. zw. im Protoplasma stärker als im Kerne. Alle diese Hornproducte ragen nur äusserst wenig über die Oberfläche der Haut empor, oder sie erreichen nicht einmal den Rand des Trichters, andrerseits lassen sie aber auch ausser dem Haarcanale keine Bildung einer bedeutenderen Vertiefung zu. Was die Erweiterung dieser Gegend anbetrifft, so ist zu sagen, dass dieselben zumeist durch eine absolute Vergrösserung der Mündung bedingt ist, und nur bei einer kleinen Zahl lässt sie sich auf eine Verdünnung der den Trichter umschliessenden Epithelwandungen zurückführen, welche theils durch Zusammendrücken der Zellen, theils auch durch Verminderung der Zahl derselben hervorgebracht wird. Diese letzte Veränderung geschieht merklich auf Kosten des Stratum granulosum, welches im Verhältniss zu dem in der nächsten Nachbarschaft der Mündung und noch mehr zu dem der weiter entfernten Theile sehr arm an Elementen und fast immer nur auf eine oder zwei Zelllagen reducirt ist.

Die Malpighi'sche Schicht endlich bietet keine grossen Veränderungen; wenige hydropische Zellen und spärliche wandernde Bindegewebskörperchen in den Spatiis interspinosis. Die Zapfen sind leicht zusammengedrückt und etwas verkürzt.

Aber in den Papillen und am deutlichsten in den den Follikeln benachbarten macht sich eine Einwanderung von weissen Blutkörperchen bemerkbar, und Erweiterung der Blutgefässe, ja selbst mancher kleine Blutaustritt. Trotzdem erscheint das Bindegewebe noch sehr gut durchscheinend, im Fundus mit spärlichen fixen Elementen, während die nadelförmigen Endausläufer des elastischen Gewebes sich vom normalen fast gar nicht unterscheiden. Dasselbe hat jedoch nicht in den den Follikeln zunächst gelegenen Papillen und dem darunter gelegenen Bindegewebe statt; denn hier bemerkt man Wucherung des Bindegewebes, Erweiterung der Blut- und Lymphgefässe, Einwanderung von Leucocyten und Störungen im elastischen Netze. Bezüglich der Structur desselben in der in Rede stehenden Gegend (Scheitel des Kopfes) brauche ich mich nur auf die von Secchi (12) vom Hinterhaupte gegebenen Schilderung zu berufen, insofern als es hier keine wahre netzförmige Anordnung zeigt, sondern sich zu Klumpen oder zu „Inselchen mannigfacher Form und Grösse" in den interfolliculären Räumen zusammenballt.

In dieser Schichte ist es mir niemals gelungen im Gewebe Elemente des Trichophyton zu entdecken, ausser dass davon die benachbarten Haare und Wurzelscheiden befallen waren.

Schwerer sind die Veränderungen des mittleren und tiefen Derma und der in demselben eingelagerten Organe, bei deren Beschreibung ich in der oben befolgten Anordnung vorgehen will.

Die Höhlungen der Follikel sind bald leer, bald mit Haaren versehen, und wenn dieses vorhanden ist, so bildet es nur einen Stumpf in der Höhe der Mündung oder innerhalb des Follikels selbst. In dem einen und dem anderen Falle ist die Substantia propria des Haares von zahlreichen kleinen Sporen durchsetzt, welche zu Ketten oder Häufchen angeordnet sind, und von einer mässigen Menge von Mycelfäden, welche die Bruchfläche des Haares überragen oder in die Höhlung des Follikels eindringen, wo das Haar zertrümmert ist. Diese Zertrümmerung befindet sich häufig in bedeutender Tiefe, dicht über der Anschwellung des Bulbus, so dass das Haar gleichsam emporgehoben und frei im Follikel steht. Anderentheils sind

die Papille und die Wurzelscheiden von einer Leucocyten-infiltration dicht durchsetzt, sowie von zahlreichen polynucleären Körperchen; in Folge dessen wird das Bindegewebe des Fundus entweder einfach auseinandergedrängt, oder es kommt zu einer wahren Nekrose unter Bildung von begrenzten, homogenen, ungefärbten oder auch granulirten Herden. In dieser Region der vollständigen oder theilweisen eitrigen Verflüssigung finden sich keine Sporen oder Fragmente von Mycelfäden. Das elastische Gewebe ist nur in spärlichen, verwirrten und blassen Fasern vorhanden.

Von diesen Centren aus erstreckt sich ein aus epitheloiden und Infiltrationszellen neugebildetes Gewebe durch die ganze Dicke des tiefen Bindegewebes, theils in Form von mehr weniger grossen Herden, theils in diffuser Ausbreitung, welch letztere sich leicht als ein mehr vorgeschrittenes Stadium der ersteren erkennen lässt, da in beiden Fällen dieselben Elemente vorhanden sind und auch dieselbe Anordnung zeigen. Regelmässig befinden sich ungefähr im Centrum dieser Herde oder bei der diffusen Form in unregelmässigen Abständen eine oder mehrere Riesenzellen, welche von epitheloiden, mit grossen, äusserst fein granulirtem Kerne versehenen Zellen umgeben sind; um und zwischen diesen finden sich ein- und mehrkernige Leucocyten. Mancher dieser Herde zeigt an einzelnen Punkten eine Anhäufung von Detritus in Form homogener oder feinkörniger Substanz, welche sich schwach färbt, oder auch eine Unterbrechung in der Continuität des Präparates, da das verflüssigte Centrum ausgefallen ist, was häufiger an jenen Stellen wahrgenommen werden kann, wo die Neubildung die diffuse Form angenommen hat. In der Umgebung dieser Centren bemerkt man Neubildung kleiner Gefässe, von denen manches in die Masse des Knotens selbst eindringt. Zerstreut zwischen den epitheloiden Zellen und häufiger noch in der Nachbarschaft der Riesenzellen finden sich spärliche Sporen des Trichophyton, theils vereinzelt, theils in Gruppen zu 4 oder 5 Stück, welche sich sehr leicht von den epitheloiden Zellen, von den ein- und vielkernigen Leucocyten und den aus den Gefässen ausgetretenen rothen Blutkörperchen unterscheiden lassen. Aber es ist mir selbst in mehreren hunderten

Schnitten, die ich gemacht habe, nicht gelungen, sei es in den frischen oder in den mit den verschiedensten Färbungsmethoden behandelten Präparaten, auch nur einen Mycelfaden zu entdecken; ich konnte bisweilen höchstens eine kleine Kette von Sporen finden, von denen die eine oder die andere mitten im granulösen Gewebe eine quadratförmige Gestalt anzunehmen und sich zu verlängern begann. Das elastische Gewebe ist in diesen tiefen Schichten ganz verschwunden und nur selten einmal ist eine kleine vereinzelte Faser der Zerstörung entgangen.

Bei Zusammenfassung der hier beschriebenen Veränderungen können wir folgende Schlüsse ziehen:

1. Die Malpighi'sche Schicht hat keinen primären Antheil an dem in Rede stehenden Processe.

2. Die Eintrittspforte wird von den Follikeln gebildet, welche in ihrer ganzen Ausdehnung verändert sind.

3. Die Haare zeigen die bekannten Veränderungen der vom Trichophyton befallenen Haare.

4. Die Scheiden der Wurzel und des Follikels zeigen, solange der Granulomknoten noch jung ist, in ihrem oberen Theile einen gewissen Widerstand gegen das Eindringen des Pilzes.

5. Im tieferen Drittheil des Follikels und in der Papille erreicht der Process ein viel vorgeschritteneres Stadium, bis zur eitrigen Schmelzung.

6. In den tiefen Lagen des Derma findet die Neubildung eines Gewebes mit allen Charakteren des Granulomes statt.

7. Die histologische Untersuchung berechtigt uns, das Trichophyton als das pathogene Agens dieser Veränderungen anzusehen.

8. Das elastische Gewebe, welches in seinen Endausbreitungen und in dem subpapillären Netze intact bleibt, zeigt Störungen im mittleren Derma, bis wohin die Grenzen der Entzündung reichen und verschwindet inmitten des Granulomes gänzlich.

In den Schnitten der Haut vom Vorderarme (2. Fall) zeigten sich einige mikroskopische Einzelheiten, welche der

Erwähnung werth erscheinen. Da in dieser Gegend die Haare fehlen (bes. beim Kinde) oder nur feines Lanugo vorkommt, fehlen natürlich auch die eben beschriebenen Veränderungen der Follikel, oder sind doch nur in geringerem Grade vorhanden. Des ungeachtet findet man auch hier die Keratose an der Mündung des Follikels, welche in einigen Schnitten in Form eines umgekehrten conischen Zapfens erscheint, der die Oeffnung der Mündung fast vollständig verschliesst. Die Malpighi'sche Epidermis war in ihren verschiedenen Schichten fast unverletzt, nur dass sich an einer Stelle ein Riss im Stratum corneum zeigte, welcher sich nach Art einer Fissur oder Rhagade bis in die Mitte des Stratum spinosum erstreckte. Die Epithelzellen, welche ihn begrenzen, sind getrübt, aber man findet keine Spur einer Entzündung an den papillären Capillarschlingen und am oberflächlichen Gefässnetze. Im papillären und mittleren Theile des Derma finden sich nur sehr spärliche Gewebsveränderungen, welche nur in einer deutlichen Erweiterung der Blut- und Lymphgefässe mit leichtem Oedem des Bindegewebes bestehen; die kleinzellige Infiltration ist überall spärlich, etwas reichlicher in der Nachbarschaft der tubulösen Drüsen und der Follikel; das elastische Netz zeigt nur geringfügige Veränderungen.

Die Haare, welche, wie oben erwähnt, spärlich und lanugoartig sind, zeigen auch hier Zertrümmerung und die oben erwähnte Stumpfbildung, enthalten aber gar keine Sporen, welche ebenso in den Wurzelscheiden fehlen; ebenso fehlen die Erscheinungen der schweren Infiltration und Degeneration um die Haarpapillen, welche in den anderen Schnitten so deutlich ausgeprägt waren. Aber im tiefen Derma bis zum Panniculus adiposus bemerkt man granulomatöse Herde, welche hauptsächlich die Peripherie der Schnitte einnehmen. In denselben sind die zelligen Elemente ausgezeichnet erhalten und intensiv gefärbt; polynucleäre Leucocyten fehlen fast vollständig. Zwischen den Zellen sieht man spärliche gruppirte oder isolirte Sporen, welche sehr leicht zu unterscheiden sind, namentlich in den mit Safranin gefärbten Schnitten. Auch hier wurde keine andere Form von Mikrophyten oder Mikroben gefunden.

Demnach können wir schliessen:

1. Wenn auch der Parasit im Haare nicht wahrgenommen werden kann, so waren doch auch in diesem Falle die Follikel die Eintrittspforte, da dieselben sowohl an ihrer Mündung als auch in ihrer übrigen Ausdehnung Veränderungen aufweisen und Trümmer und Stümpfe von Haaren enthalten.

2. Die Malpighi'sche Schichte hat keinen, wenigstens keinen verhältnissmässigen Antheil an diesem Processe, wenngleich sie eine Rhagade zeigte, welche zwar nicht als eine Folge der mit dem Hautstückchen vorgenommenen Manipulationen angesehen werden konnte, da die Epithelien, welche sie umgaben, Veränderungen aufwiesen, welche im Leben eingetreten sein mussten.

3. Die granulomatösen Knoten zeigten keine Spur einer Degeneration und das Fehlen derselben erklärt die bedeutendere Consistenz des Knotens im Leben.

4. Der Nachweis des Parasiten im Gewebe fällt für das Granulom positiv aus, negativ jedoch für die Haare und Follikel; diesen Umstand kann man damit erklären, dass es wahrscheinlich nicht gelungen ist, mit den Schnitten den Punkt der Invasion zu erreichen, was durch den Umstand bewiesen wird, dass die granulomatösen Herde sich an der Peripherie der Schnitte befanden und nicht im Centrum.

Und jetzt noch einige Worte über die Culturen, welche von dem Materiale erhalten wurden, welches beim Einschneiden der Knoten gesammelt worden war. An dem Granuloma trichophyticum des Kopfes wurde an jener Stelle der Erhebung, wo voraussichtlich kleine Verflüssigungsherde vorhanden waren, nach vorhergegangener genauer Desinfection der Theile und Sterilisation des Bisturis ein Einschnitt gemacht, mit der sterilisirten Platinöse ein Tropfen der eiterähnlichen Flüssigkeit abgenommen und auf Manna-Zucker-Agar aufgestrichen. Vom Granuloma des Vorderarmes dagegen, in welchem keine Fluctuationsherde bestanden, schabte ich mit einem sterilisirten Volkmann'schen Löffel eine kleine Menge des Parenchymes ab und machte damit ausgedehnte Striche auf Manna-Zucker-Agar in Petri'schen Schalen. In beiden Fällen hatten sich nach 48 St. längs der Impfstriche einzelne oder reihenweise

angeordnete punktförmige Erhebungen gebildet, von opacweisser Farbe, mit verschwommenen Rändern, welche sich fast durch die ganze Dicke des Nährmedium vertieften. In den folgenden Tagen entwickelten sich die Colonien weiter und nahmen folgende Charaktere an:

I. Auf Zuckeragar ergaben sich zwei Varietäten:

a) Colonien von verschwommener Form und unbestimmten Rändern in dem oberen Theile, scharf begrenzt und mit kurzen Ausfransungen versehen in der Tiefe des Nährbodens, von gelblichweisser Farbe; an der Oberfläche sehr geringe Entwickelung in Form eines weissen Staubes; sie erstreckten sich durch die ganze Dicke des Agar in die Tiefe.

b) Distincte, tropfen- oder linsenartige Colonien mit einem schneeweissen Nabel und einem gelblichen Hofe, der sich vom Nährboden nur wenig unterscheidet, aber in der Tiefe sehr stark entwickelt ist.

II. Auf Glycerin-Agar diffuse, sehr üppige und filzige Colonien.

III. Auf sauren Kartoffeln: Colonien in Form schneeweisser Flocken, welche confluiren und sich zu concentrischen Kreisen ausdehnen.

Indem ich nun berichten soll, wie sich diese verschiedenen Charaktere in Bezug auf die oben aufgeworfene Frage über den Ursprung des Trichophyton verhalten, scheinen sich mir doch manche Verschiedenheiten zwischen meinen Colonien und den von Sabouraud beschriebenen zu ergeben. Während nämlich meine Varietät *a*) in der Form viele Aehnlichkeit mit seinem Ectothrix vom Pferde zeigt, besitzt sie doch nicht dessen Farbe; umgekehrt nähert sich die Varietät *b*) wiederum recht sehr seinen Culturen des Trichophyton endothrix mit resistentem Mycel. Ich habe aber keine Cultur „craquelé vermiculaire“ erhalten, welche dem Trichophyton animalischen Ursprunges eigenthümlich sein soll, ebensowenig erhielt ich die roth-violette Varietät, welche, in Paris selten, häufig aber in Parma, (12) nach Mibelli die Bildung der verschiedenartigsten klinischen Formen der Trichophytie veranlassen kann. Wenn man aber in Erwähnung zieht, dass ich in den aufeinanderfolgenden Culturen auf demselben oder auf verschiedenen

Nährböden wohl häufig constante Formen aber mit zweideutigem Charakter erhielt, dass ein Trichophyton, das eben noch sehr stark entwickeit war, schwach und unansehnlich wurde, dass die differential-diagnostischen Momente der Grösse der Sporen und der Resistenz der Mycelfäden unconstant waren, indem die grossen Sporen und Fäden gar nicht selten von kleinen Sporen und Fäden untermischt waren, glaube ich, dass ich doch keinen sicheren Schluss über den Ursprung des Trichophyton in den von mir untersuchten Fällen ziehen kann.

Ich habe es nicht unterlassen, die mikroskopische Untersuchung sowohl der frischen, als auch der mit einem Stückchen Nährboden in Alkohol gehärteten und in Celloidin eingebetteten Colonien vorzunehmen, deren Resultate ich in folgendem gebe: in frischen Präparaten bildet der Pilz ein dichtes Geflecht nach Art eines Filzes, das aus septirten Hyphen besteht; diese besitzen spärliche Verzweigungen hohler Fäden und mancher Conidien tragender Hyphen. Hervorzuheben ist die Verschiedenheit in der Grösse zwischen den dickeren und dünneren Hyphen in demselben Präparate; einige erreichen doch die Masse des von Balzer (14) beschriebenen Trichophyton gigans, während andere dem Trichophyton gracile (15) ähneln. Zwischen diesen beiden Extremen bestehen Uebergangsformen. Die spärlichen Sporen besitzen im Allgemeinen ein geringes Volumen, ausgenommen einige im Verlaufe und am Ende, namentlich der dicken Fäden.

In den Schnitten [1]) ist das Trichophyton nicht nur gegen den oberflächlichen Rand hin ausgebreitet, sondern es erstreckt sich auch in die Tiefe des Nährbodens hinein und erreicht mit manchen Fäden auch den entgegengesetzten Rand. Hier überwiegen die Sporen über die Hyphen; Sporen von mannigfacher Grösse und Form: Stütz-Sporen, Hyphen-Sporen, Sporen im Verlaufe und Endsporen, ja es sind sogar hie und da Andeutungen von penicilliumartigen Fruchtträgern vorhanden. Jedoch muss ich erwähnen, dass die zur Präparation angewendeten Substanzen, unter diesen wohl vor allem der Alkohol,

---

[1]) Als Färbemethode habe ich die Weigert'sche Fibrinfärbung vorgezogen, welche ausgezeichnete Resultate ergibt.

die Form und die Structur dieser Elemente verändert haben: so haben viele Sporen ihren protoplasmatischen Inhalt verloren und erscheinen wie ungefärbte Hüllen, andere sind deformirt und von den Hyphen zeigen viele Unterbrechungen in Folge mangelnder Färbung in manchen Gliedern.

Wenn uns nun bis hierher der klare und genaue Nachweis der Anwesenheit des Trichophyton im Granuloma gelungen ist, so fehlt uns noch die Prüfung, ob dieser Parasit auch im Stande ist, dieselbe Dermatose wieder hervorzubringen, von welcher er erhalten worden war. und dieser Nachweis konnte nur mit Hilfe des Impfexperimentes gebracht werden. Bei dieser Gelegenheit möchte ich anführen, dass sich bei den vorgenannten Autoren keine Erwähnung eines Impfexperimentes am Thiere oder Menschen vorfindet, und stelle nur meinerseits fest, dass Majocchi diesen Nachweis versuchte; doch kann ich auf diesen Gegenstand, welcher in einer demnächst erscheinenden Publication von ihm behandelt werden wird, hier nicht näher eingehen. Doch möchte ich mir folgenden Punkt wohl vor Augen halten: Das Granuloma trichophyticum muss, seiner Aehnlichkeit mit den eiternden Formen der Trichophytie wegen, als eine besondere, seltene, und bis jetzt noch nicht auf experimentellem Wege hervorrufbare complicirte Form des Herpes tonsurans betrachtet werden, so dass man bei der Impfung mit Trichophyton nicht nothwendiger Weise die Entwickelung eines Granulomes erhalten muss, genau so, wie dies mit dem Kerion und der Sycosis der Fall ist, wie das von Krösing (16) auch experimentell nachgewiesen wurde. Vielen erscheint es daher zum Beweise des ätiologischen Momentes bei den complicirten Trichophytien als genügend, wenn man durch Impfung mit den von der Dermatose herrührenden Colonien nur die Epidermidose hervorrufen kann, welche jener vorherging oder sie begleitete. Trotzdem versuchte ich neben diesem Beweise auch jene zu erhalten. nämlich direct das Granuloma trichophyticum mittels der Reincultur des Trichophyton. Hier folgen die Resultate dieser beiden Versuchsreihen.

I. Serie. In 4 Fällen impfte ich das Trichophyton nach der gewöhnlichen Methode (Desinfection der betreffenden Stelle,

Rasiren, Auftragung des Pilzes) auf die Beugeseite des Armes und Unterarmes von Kranken, welche wegen von der Trichophytie verschiedenen Affectionen an der Klinik lagen, und suchte die Impfstellen unverrückt unter einem feuchten Verbande zu halten, welcher erst nach 48—72 Stunden entfernt wurde.

Im ersten Falle erhielt ich ein vollständig negatives Resultat. Im zweiten und im dritten Falle machte sich 48 St. nach der Impfung ein leichtes umschriebenes Erythem bemerkbar und später einige miliare Bläschen. In den folgenden Tagen verbreitete sich die Röthung bis zur Bildung tropfen- oder münzenähnlicher Flecke, mit verschwommenen Rändern und bedeckte sich mit feinen, leicht abfallenden Schuppen. Die Eruption erhielt sich mit diesen Charakteren durch ungefähr eine Woche und bildete sich dann in kurzer Zeit gleichmässig zurück, ohne stärkere Rückbildung im Centrum und ohne Bildung bestimmter Figuren; kurz, es entwickelte sich keine wahre und charakteristische Dermatose, sondern nur eine leichte oberflächliche Reaction, in deren Producten das Trichophyton nicht nachweisbar war, ebenso wie die Culturen nur ein negatives Resultat ergaben.

Anders jedoch war es im vierten Falle. Hier bildeten sich numuläre, annuläre und circinäre Herde von Herpes tonsurans, deren Natur sowohl aus dem klinischen Bilde als auch aus dem mikroskopischen Nachweise des Pilzes und aus den erhaltenen Culturen mit voller Klarheit erwiesen wurde. Es scheint mir überflüssig, alle Einzelheiten dieses Falles zu berichten, da er sich in nichts von einer gewöhnlichen Trichophytie unterschied. Ich will nur bemerken, dass schon 48 St. nach der Impfung an 2 Punkten des Armes zwei kleine, rosarothe Herde mit wohlausgebildeten Rändern, die von kleinen Bläschen bedeckt waren, erschienen waren; dass an den anderen Stellen — Vorderarm — die Entwicklung fünf Tage auf sich warten liess; dass der Höhepunkt der Entwicklung nach 14, resp. 16 Tagen erreicht wurde, und dass noch einen Monat später die rosarothen Ringe mit hie und da unterbrochenen Rändern bestanden, während in den Centren die Erkrankung vollständig zurückgegangen war, und

die Haut daselbst normale Färbung besass nur mit leichter Schuppung der Epidermis.

Die Dermatose wurde ohne Anwendung eines Heilmittels und ohne irgend welche Bedeckung vollständig sich selbst überlassen; trotzdem fand keine Uebertragung nach anderen Hautstellen hin statt, obzwar man doch annehmen musste, dass die Kranke, ein Mädchen von 12 Jahren, trotz der Ermahnung, dem Juckreize nicht immer hatte widerstehen können. Noch ist hinzuzufügen, dass sich auch keine Complicationen (etwa eitrige Folliculitiden oder Granuloma) einstellten.

II. Serie. Ich habe schon oben erwähnt, dass ich ausser den oberflächlichen Impfungen auch versuchen wollte, durch tiefe Einimpfung einer bestimmten Menge der Reincultur des Trichophyton das Granuloma zu erhalten. Zu diesem Zwecke erschien es mir angezeigter, das Experiment am Menschen als am Thiere zu machen, da es wohl bekannt ist, dass ersterer auf Impfstiche viel leichter mit Infiltration in Form von tiefen Knoten reagirt. Ich wählte die Beugefläche des Vorderarmes und nach vorhergegangener Desinfection und Anästhesirung mit Cocaïn löste ich einen kleinen Hautlappen bis zum Panniculus adiposus ab, hinterlegte hier die Cultur und bedeckte sie mit dem Hautläppchen selbst. Die erste Behandlung fand 5 Tage später statt; ich bemerkte an der Impfstelle eine Anschwellung in der Grösse einer Haselnuss, von halbkugeliger Gestalt, rother Farbe, fester fibröser Consistenz, die auch spontan leicht schmerzte und von einem $^3/_4$ Cm. breiten Hofe umgeben war. Schmerz oder Röthung längs der Extremität waren nicht vorhanden, ebensowenig Schwellungen von Seiten der Lymphdrüsen. Um die Reactionserscheinungen zu vermindern, wurden Boreinpackungen applicirt. Am nächsten Tage hatte sich an der Spitze des Knotens der Lappen, welcher die Cultur bedeckte, losgelöst und es erschien eine rothe, mit reinen Granulationen versehene Vertiefung; die Röthung des hyperämischen Hofes war geringer geworden, desgleichen die Schmerzhaftigkeit des Knotens. Dieser verkleinerte sich nun allmälig, die centrale Erosion vernarbte, und nach 9—10 Tagen bestand an der Impfstelle nichts als eine leicht infil-

trirte rosarothe Hautnarbe. Der Patient wollte die Excision derselben absolut nicht zulassen.

Wenn auch bei diesem Experimente die histologische und mykologische Untersuchung fehlt, so können wir doch wenigstens ein wahrscheinliches Urtheil über die Natur dieses Knotens abgeben; auf Grund des acuten Verlaufes, der intensiven Reactionserscheinungen, der raschen Rückbildung, der Oberflächlichkeit der Narbe scheint es sich bei besagtem Tumor um einen granulomatösen Reactionsknoten zu handeln, ohne dass man jedoch sagen kann, bis zu welchem Punkte das Trichophyton dabei betheiligt gewesen sei. Meiner Meinung nach hat aber ein Umstand dazu beigetragen, den Einfluss des Trichophyton ganz oder fast ganz auszuschalten, und dies war die Nekrose des Lappens, mit welchem nothwendiger Weise auch der grösste Theil der Cultur herausfallen musste. Abgesehen von diesem Umstande sind wir aber doch in Anlehnung an die Versuche Krösing's (17) zu der Annahme berechtigt, dass es sehr schwer gelingen dürfte, durch eine intradermale Einimpfung des Trichophyton ein Granuloma trichophyticum zu erzeugen.

Wenn es mir nun erlaubt ist, die wichtigsten Schlüsse aus meinen klinischen Fällen und den dabei ausgeführten Untersuchungen zu recapituliren, glaube ich, dass wir mit Fug und Recht annehmen müssen:

1. Es besteht eine klinische Complication des Herpes tonsurans, welche sich vom Kerion und von der Sycosis unterscheidet; sie bildet runde oder flache Knoten von rosarother bis cyanotischer Färbung, welche zerstreut oder noch häufiger zu Ketten confluirt vorkommen, sich sehr langsam entwickeln, zur Erweichung neigen, aber niemals in Eiterung ausgehen.

2. Die histologische Structur derselben ist verschieden von der durch entzündliche Folliculitis gebildeter Knoten und gleicht derjenigen der Granulome.

3. Das ätiologische Element ist das Trichophyton, welches innerhalb des Granulomes sowohl in Form von Hyphen als auch von Sporen vorkommt.

4. Diese Varietät der Trichophytie verdient nach der Bezeichnung des Autors, welcher dieselbe als erster beschrieben und classificirt hat, den Namen Granuloma trichophyticum Majocchi.

Literatur.

1. Majocchi. Sopra una nuova tricofizia (Granuloma tricofitico). Studi clinici e micologici. Bull. della R. Accad. Med. di Roma 1883.

2. Campana. Tricofiziasi dermica. Giornale ital. delle mal. ven. e della pelle. 1887.

3. Pelizzari C. Ricerche sul Trichophyton tonsurans. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1888.

4. Campana. Trichophytiasis dermica. Arch. f. Dermat. und Syph. 1889.

5. Besnier et Doyon, Traduction de la „Pathologie et traitement des maladies de la peau par Moriz Kaposi". Paris 1891.

6. Bonome. Tricofiziasi dermica a forma pemfigoide. Arch. per le scienze med. Vol. XVI. Nr. 5. 1892.

7. Pick. Der augenblickliche Stand der Dermatomycosenlehre. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894.

8. Lubarsch und Ostertag. Ergebnisse der speciellen pathologischen Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane. Wiesbaden 1896.

9. Majocchi. Lezioni di dermatologia raccolte dai Dr. Bombicci e Pini. Bologna 1895.

10. Sabouraud. Les trichophyties humaines. Paris 1894.

11. Waelsch. Ueber die Mannigfaltigkeit der Wachsthumsformen der pathogenen Schimmelpilze. Arch. f. Dermat. Bd. 37. 1896.

12. Secchi. Zur Topographie des elast. Gewebes der normalen menschlichen Haut. Arch. f. Derm. u. Syph. 1896.

13. Mibelli. Sur la pluralité des Trichophytons. Ann. de Dermat. et de Syph. 1895.

14. Balzer. Contribution à l'étude de l'érythêm trichophytique. Arch. de Phys. norm. et pathol. 1883.

15. Majocchi. Su alcuni cambiamenti morfologici del Trichophyton. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1884.

16. Krösing. Weitere Studien über Trichophyton-Pilze. Arch. f. Derm. u. Syph. 1896.

17. Krösing. l. c.

Aus dem italienischen Manuscript übersetzt von Doc. Dr. Spietschka in Prag.

Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik des Prof. F. J. Pick in Prag.

Beitrag zur Histologie des Cornu cutaneum.

Von

Priv.-Doc. Dr. **Theodor Spietschka,**
ehem. Assistent der Klinik.

(Hierzu Taf. IV u. V.)

Obzwar die Ansicht, dass den Hautpapillen bei der Genese der Cornua cutanea eine wesentliche Rolle zukomme, die Cornua cutanea also papillären Ursprungs seien und auch papillären Bau besitzen, allmälig allgemeine Anerkennung gefunden hat und alle anderen Erklärungen über die Entstehung dieser merkwürdigen Gebilde, wie z. B. die Annahme eines folliculären Ursprunges derselben, gegen die ersterwähnte Ansicht zurücktreten mussten, bildete doch die Genese und das Wachsthum der Hauthörner noch mehrfach den Gegenstand der Debatte. Da ich nun an der Klinik Gelegenheit hatte, eine Anzahl von Cornua cutanea zu beobachten, boten diese ein willkommenes Material zur histologischen Untersuchung, um der oben erwähnten Frage näher zu treten.

Im Ganzen handelte es sich um 7 Fälle von Cornu cutaneum und 2 Fälle von verhornten Papillomen am Penis, deren histologische Bearbeitung mir zu übertragen Herr Prof. Pick die Güte hatte.

Wir lassen zunächst in Kürze die betreffenden Krankengeschichten folgen:

I. V. J. Prot.-Nr. 163, 95. 17jähriger Maschinist. Horn der Haut über dem Olecranon des linken Armes.

Das Horn besteht angeblich seit dem 3. Lebensjahre und hatte anfangs das Aussehen einer flachen Warze. Der Vater des Patienten hat das Gebilde zweimal weggeschnitten, jedoch wuchs es in einigen Monaten wieder nach. Im 10. Jahre befragte Patient einen Arzt, welcher den Auswuchs einfach abriss; nach 4 Monaten begann jedoch die Wucherung von Neuem. Das Horn fällt alle 3—6 Monate spontan ab und wächst dann wieder nach. Zum letzten Male soll es vor 4 Monaten abgefallen sein. Im Uebrigen ist Patient vollkommen gesund. In der Familie keine ähnlichen Erkrankungen.

Der Patient ist mittelgross, mässig stark entwickelt und genährt. Die Haut ist elastisch, gut eingeölt und befeuchtet, und zeigt am Halse und Rücken zerstreute, hirsekorngrosse, braune Pigmentflecke, an den Seiten des Stammes und Streckseiten der Extremitäten Lichen pilaris; an den Armen sind die Knötchen etwas geröthet. An der I. Phalange des rechten Zeigefingers befindet sich eine erbsengrosse Warze.

An der Streckseite des linken Ellbogengelenkes befindet sich genau über dem Olecranon auf einer bohnengrossen, gegen das Niveau der Umgebung erhabenen und gerötheten Basis ein Auswuchs, der einem Thierhorne gleicht; er besitzt einen elliptischen Querschnitt mit Durchmessern von 9—12 Mm., eine cylindrische Gestalt, und ist bei ziemlich gleichbleibender Stärke hakenförmig wie das Horn einer Gemse gebogen, 15 Mm. lang. Er ist deutlich längsgerifft, an der Basis gelblich durchscheinend; gegen die Spitze zu geht die Farbe immer mehr ins dunkelbraune über; die Spitze selbst ist dunkel, schmutzig schwarzbraun und zeigt querverlaufende Risse. Das ganze Gebilde ist mit der Haut von der tieferen Unterlage leicht verschieblich.

II. S. A. Amb.-P.-Nr. 3138, 94. 60jährige Witwe. Horn über der Nasenspitze.

Seit 8 Monaten bemerkt die Patientin, dass eine flache Warze an der Nasenspitze, die seit Jahren bestanden hatte, zu einem Horne auswachse. Eine Veranlassung dafür weiss die Patientin nicht anzugeben.

1 Cm. oberhalb der Nasenspitze sitzt, wenig von der Mittellinie nach links verschoben, ein Horn von 11 Mm. Länge, kegelförmiger Gestalt, mit etwas gebogener Spitze. Dasselbe besitzt deutliche Längsstreifung und hellgelbe Farbe, welche an der Basis mehr blass, gegen die Spitze etwas dunkler erscheint. An seiner Basis ist die Haut deutlich gegen die Umgebung erhaben, eine Röthung kaum angedeutet.

III. K. J. P.-Nr. 9295, 95. 59jähriger Bäcker. Horn am linken oberen Augenlide. (Epithelioma auriculae.)

Der Patient, welcher als Kind häufig an Augenentzündungen gelitten und im Alter von 20 Jahren eine Lungenentzündung durchgemacht hat, besucht die Klinik wegen einer Erkrankung an beiden Ohren, die vor ungefähr $2^1/_2$ Jahren begann. Damals bildete sich angeblich über dem obersten Theile des Helix am linken Ohre ein kleines Bläschen, welches von einem Arzte mit Lapis touchirt wurde und ein Jahr zur Heilung brauchte. Bald brach jedoch die Erkrankung neuerdings aus; es ent-

wickelte sich ein Geschwür, welches im Laufe eines Jahres bis zur gegenwärtigen Grösse heranwuchs.

Das Horn am linken oberen Augenlide besteht seit einem Jahre. Patient war angeblich nie inficirt, ist kein Potator. In der Familie wurde keine ähnliche Erkrankung wahrgenommen.

Der mittelgrosse, kräftig entwickelte Patient zeigt an Gesicht, Nacken, Händen und Vorderarmen lebhafte Pigmentationen, im Gesichte Erweiterung und Schlängelung der Hautgefässchen. In der äusseren Hälfte des linken oberen Augenlides sieht man kaum 1 Mm. oberhalb der Cilien ein 4 Mm. langes Horn, von elliptischem Querschnitte mit Durchmessern von 1·5—1 Mm. Seine Gestalt ist conisch, fast cylindrisch, leicht aufwärts gekrümmt; an der Basis nach obenhin etwas verbreitert, zeigt es undeutliche Längsstreifung, graugelbe Farbe. Die Basis desselben ist gegen die Umgebung etwas erhaben und leicht geröthet.

Das linke Ohr ist von einer Erkrankung befallen, die zum Verluste des obersten Theiles des Helix geführt hat; die Haut ist daselbst narbig verändert, glatt, gespannt, von erweiterten Gefässchen durchzogen. An der Hinterfläche des Ohres finden wir ausgedehnte Ulcerationen, welche sich bis auf die Kopfhaut erstrecken, mit scharfen Rändern, die wallartig über das Niveau der Nachbarschaft erhaben sind, sich stellenweise leicht unterminirt zeigen, jedoch nirgends eine stärkere entzündliche Röthung oder Infiltration aufweisen. Der Grund der Ulceration ist von blutig eiterigen Borken bedeckt. Die Furche zwischen Helix und Antihelix und die Vertiefung zwischen den Crura helicis ist gleichfalls von graugelben Borken bedeckt; nach Abhebung dieser Borken erscheint die Haut geröthet, von macerirter dünner Hornschichte bedeckt, an der Oberfläche uneben, wie gestichelt.

IV. R R. Ambul.-P.-Nr. 2101, 95. 70jährige Kaufmannswitwe. Horn nach innen und unten vom rechten Augenwinkel (Verrucae seniles. Atrophia univ. senilis).

Seit zwei Jahren bemerkt die Patientin das Wachsen mehrerer graubrauner Warzen im Gesichte, darunter eine sehr grosse an der Stirne. Seit ungefähr der gleichen Zeit währt die Bildung des Hörnchens.

Die Haut der kleinen schwächlichen Patientin zeigt starke Altersatrophie und Seborrhoea senilis. Im Gesichte, namentlich an der Stirne und der rechten Wange stehen mehrere dunkelgraue, stark erhabene, trockene, warzenartige Gebilde, deren harte Decke mit einiger Mühe abgehoben werden kann; von der unteren Fläche derselben ragen kleine Zäpfchen in die stark erweiterten Talgdrüsenausführungsgänge der Haut.

1 Cm. nach innen und unten vom inneren Winkel des rechten Auges sitzt ein kleines Horn von $^1/_2$ Cm. Länge und 2 Mm. Breite; der Querschnitt desselben ist oval, seine Gestalt cylindrisch; Längsstreifung findet sich angedeutet. desgleichen quere Schichtung. Die Farbe ist graugelb, die Consistenz sehr hart. Die Haut an der Basis erscheint leicht geröthet.

V. P. J. P.-Nr. 9221, 95. 67jähriger Taglöhner. Horn auf der Höhe des Helix des linken Ohres.

Der Patient kommt eigentlich wegen einer Dermatitis ulcerosa cruris zur Klinik, wobei das Horn zufällig wahrgenommen wurde. Es besteht angeblich seit zwei Jahren. Patient hat dasselbe nicht beachtet, da es ihm niemals irgendwelche Beschwerden verursachte und weiss daher über Entstehung und Wachsthum desselben nichts anzugeben.

Die Untersuchung ergibt einen gesunden, mässig kräftigen Mann, mit normalem inneren Befunde. Seine Haut zeigt einen mässigen Grad von Altersatrophie. An den beiden unteren Drittheilen des linken Unterschenkels ist die Haut in der ganzen Peripherie stark eczematös verändert; an der Innenseite desselben ein kreuzergrosses Ulcus. Am Unterschenkel starke Venenerweiterungen.

Am äusseren Rande des linken Ohres sitzt auf der Wölbung des Helix ein 8 Mm. langes, 3—4 Mm. im Durchmesser haltendes Gebilde von kegelförmiger Gestalt, mit breit abgerundeter Spitze; dasselbe ist ein wenig nach aufwärts gekrümmt, von längsstreifiger Structur, graugelber Farbe, harter Consistenz. Die Basis desselben erscheint leicht über das Niveau der Umgebung erhaben, zeigt keine Entzündung oder Röthung. Das Gebilde lässt sich mit der Haut über dem Knorpel des Ohres leicht verschieben.

VI. H. B. Amb.-Prot.-Nr. 2439, 93. 65jährige Taglöhnersgattin. Horn am rechten Zeigefinger.

Die Erkrankung am rechten Zeigefinger der Patientin, welche sich im Uebrigen einer ausgezeichneten Gesundheit erfreute, begann vor zwei Jahren in Form einer weichen, rothen Warze und wurde später hart. Vor $2^1/_2$ Monaten versuchte die Patientin das Gebilde mittels eines Fadens abzuschnüren, was ihr aber nicht gelang. Seit dieser Zeit nässt der untere Theil desselben und blutet leicht bei mechanischen Insulten.

Radialwärts an der Beugeseite zwischen der II. und III. Phalanx des rechten Zeigefingers befindet sich ein Gebilde von 15 Mm. Länge; die obere Hälfte desselben ist graugelb, hornartig hart und glatt wie ein Fingernagel; die Spitze schräg abgerundet. Diese obere harte Hälfte ist von der unteren durch eine Schnürfurche abgetrennt. Das ganze Gebilde ist etwas gekrümmt und an der convexen Seite schneidet die Schnürfurche ziemlich tief ein. Die untere Hälfte ist weich, elastisch, von macerirter Haut bedeckt. Diese fehlt an der convexen Seite vollständig, so dass hier namentlich unterhalb des tiefen Einschnittes der Schnürfurche lebhaftrothe, weiche, nässende Granulationen zu Tage treten, welche bei Berührung leicht bluten. An der Basis bildet die zunächst liegende Haut eine wallartige Erhebung, ist geröthet und etwas entzündlich infiltrirt.

VII. L. A. P.-Nr. 14.394, 91. 76jährige Bedienerin. Horn am linken oberen und unteren Augenlide.

Die Erkrankung am linken unteren Augenlide begann vor 6 Jahren als kleines weiches Wärzchen, welches die Patientin durch Zupfen und Kratzen zu entfernen suchte; die Warze wuchs jedoch immer höher und wurde

dabei stets härter. Vor 4 Jahren wurde dieselbe von Professor Sattler mit der Scheere abgetragen und die Wunde vernäht. 3 Monate später begann jedoch an derselben Stelle die gleiche Wucherung und vor zwei Jahren zeigte sich eine ebensolche am oberen Augenlide. Beide wurden auf der ophthalmologischen Klinik einmal mit dem scharfen Löffel entfernt, begannen aber nach 3 Monaten abermals zu wuchern. Die seborrhoischen Warzen am Kopfe, namentlich an der Stirne, bestehen seit einigen Jahren.

Die Patientin zeigt stark entwickelte Altersatrophie, am Kopfe zahlreiche Verrucae seniles; sie ist kurzathmig. Sowohl am oberen wie am unteren Augenlide sitzt dicht neben den Cilien nahe dem äusseren Augenwinkel ein Horn von graugelber Farbe, blättriger Structur, cylindrischer, leicht conischer Gestalt. Das am oberen Augenlide ist 17 Mm. lang, 5—6 Mm. im Durchmesser haltend, neben der Querstreifung auch eine längsfaserige Structur angedeutet; es sitzt schräg nach aufwärts gerichtet und zeigt auch eine leichte Krümmung nach aufwärts. An der Basis verbreitert es sich etwas namentlich nach innen und oben. Das untere besitzt nur eine Länge von kaum 10 Mm., ist an der Basis breiter als an der Spitze und leicht nach abwärts gekrümmt. An der Basis beider Hörner erhebt sich die Haut ein wenig über das Niveau der Nachbarschaft und zeigt leichte Entzündungserscheinungen.

Die Fälle von verhornten Papillomen betrafen:

1. einen 22jährigen Lehrer, welcher seitwärts vom Frenulum eine drüsenähnliche Gruppe von Papillomen zeigte, welche von vollständig verhornten Epidermismassen bedeckt waren; diese bildeten bis 1 Cm. lange und bis 5 Mm. im Durchmesser haltende Hörner.

2. Der zweite Fall betraf einen 40jährigen Taglöhner mit gleichfalls vollständig verhornten Papillomen am Frenulum, und zahlreichen noch weichen Condylomen im Sulcus glandis.

Alle diese Cornua wurden mit der an ihrer Basis befindlichen Haut mit Messer und Schere vollständig excidirt und die Wunden durch die Naht verschlossen. Alle heilten per primam intentionem.

Die kleineren Hörner wurden in toto, von den grösseren nur der untere weichere Theil mit der anhängenden Haut in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und am Mikrotome geschnitten. Die Schnitte mit Hämatoxylin, Picrocarmin oder Alauncarmin auch mit dem Biondi-Haidenhein'schen Dreifarbengemisch gefärbt, in Nelken- oder Origanum-Oel aufgehellt und in Xylol-Canadabalsam eingebettet.

Mit Ausnahme des 7. Falles bieten sämmtliche Präparate sehr einfache und klare Verhältnisse.

Beim ersten Falle, Horn am Olecranon, sehen wir im Längsschnitte vom Derma eine regelmässige Reihe von Papillen aufsteigen, welche ihrer Zahl nach den hier normal etwas spärlichen Papillen entsprechen, jedoch die normalen vielmals an Höhe übertreffen. Besonders am Rande des Hornes finden wir mehrere ausserordentlich lange, schlanke Papillen, deren Basis nicht tiefer steht, als die der benachbarten normalen Hautpapillen; ihre Spitzen liegen daher viel höher, und reichen bis hoch in das Horn hinauf.

Am Querschnitte, welcher die Basis des etwas schräg in die Haut implantirten Hornes nicht allenthalben in gleicher Höhe trifft, sehen wir an einem Theile ein wahres Rete, gebildet von polygonalen und cylindrischen Zellen, welche die inselförmigen Papillen umgeben. An den tiefsten Stellen zeigt sich das Epithel in Form von Leistchen angeordnet, was besonders an den sehr langen randständigen Papillen ausgeprägt erscheint. Nirgends dringen die Epithelien tiefer gegen das Derma vor als in der benachbarten normalen Haut und ganz besonders muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass dasselbe nirgends auch nur eine Andeutung von Zapfen- oder Kolbenbildung aufwies, mittels welcher es in das Derma hineinwuchern würde.

Das etwas verdichtete Derma zeigt stellenweise entzündliche Infiltration, die wohl den wiederholten mechanischen Insulten ihren Ursprung verdankt, welche ein derartiges unliebsames Anhängsel besonders an einer derart exponirten Stelle wie das Olecranon erfahren muss. Diese Entzündung führte auch allmälig die Verdichtung des Bindegewebes im Derma herbei. Auch Hämorrhagien finden sich stellenweise, welche sich zum Theile in pigmentartige körnige Massen umgewandelt haben und wohl gleichfalls den mechanischen Insulten ihren Ursprung verdanken. Die elastischen Fasern sind normal entwickelt und können aufsteigend bis in die Spitzen der Papillen verfolgt werden.

Oberhalb der Retezellen bilden die Epithelien eine sehr deutliche Zona granulosa, die als dunklerer wellenförmig verlaufender Streifen im Verticalschnitte deutlich hervortritt, jedoch ohne scharfe Grenze, ohne Bildung einer Zona pellucida

in die verhornten Epithelmassen übergeht. Bei ihrem wellenförmigen Verlaufe entspricht jede Erhebung einer Papille, jede Senkung einem Spatium intrapapillare.

Die Hornmasse zeigt gleichfalls diese wellenförmige Structur und ist sehr dicht und gleichmässig gefügt.

Qualitativ ganz ähnlich, quantitativ jedoch sehr verschieden, stehen die Verhältnisse beim zweiten Falle, welcher ein kegelförmiges Horn von der Nase betrifft. Auch hier sehen wir Papillen, welche ausserordentlich hoch über das Niveau der benachbarten normalen Hautpapillen hinausragen. Ihre Zahl ist bedeutend geringer als im ersten Falle, ihre Grösse aber ungleich gewaltiger. Auch sind sie nicht einfach, sondern gespalten und verzweigt. Bis in die höchsten Spitzen derselben ziehen Blutgefässe von so bedeutender Mächtigkeit, dass sie stellenweise die Papille vollständig zu erfüllen scheinen.

In der Epidermis grenzt sich die Hornschichte scharf gegen die Schleimschichte ab. Diese letztere ist im Verhältnisse zu den riesigen Papillen — obzwar absolut mächtiger als in der benachbarten Haut — so schwach entwickelt, dass sich sämmtliche Schichten tief zwischen den Intrapapillarräumen einsenken, so dass ein Querschnitt durch die Mitte des Hornes eine Art Rete bildet, in welchem die von den Papillen gebildeten bindegewebigen Inseln von Epithelmassen umgeben sind, welche in deren nächsten Umgebung der Schleimschichte angehören, in weiterer Entfernung aber vollständig verhornte Massen bilden. Da diese Hornschichten ausserdem vielfach von einander getrennt und gespalten sind, ist die Structur dieses Hornes eine sehr lockere und unregelmässige.

Die Talgdrüsen, die an diesem Körpertheile sehr reichlich vorhanden sind, erscheinen durch die Verbreiterung der Papillen zur Seite geschoben und schräg verzogen.

Auch hier finden wir im Derma unter dem Horne Entzündung und Hämorrhagie. Ebenso finden in der Spitze der Papillen häufig Blutaustritte statt, die dann von den Epithelien eingeschlossen und weiter aufwärts geführt werden, wo sie zwischen den Hornmassen deutlich zu erkennen sind.

Die Basis der Papillen des Hornes liegt wenig tiefer als die der Papillen in der benachbarten Haut. Nirgends jedoch sehen wir Epithelkolben oder Zapfen in das Derma vorgeschoben, wie das namentlich an den Querschnitten leicht erkenntlich ist.

Aus den Querschnitten, welche die tiefsten Partien des epidermidalen Antheiles der Hornbasis treffen, sehen wir, dass das Epithel in der Tiefe in Form einer bogenförmigen Leiste endet, von welcher jedoch nirgend ein Kolben oder Epithelfortsatz abzweigt. Parallel dazu erhebt sich dicht daneben ein vom Derma gebildeter Wall, welcher sich aber sehr bald in mächtige Papillen zertheilt, die anfangs einen elliptischen, später einen runden Querschnitt besitzen. Die starke Verbreiterung der centralen Papillen führt naturgemäss eine Verzerrung der peripher gelegenen herbei, so dass ihr basaler Theil einen stark geneigten, ja sogar horizontalen Verlauf aufweist.

Die interpapillaren Epithelmassen besitzen aber dieselbe Richtung wie die Papillen, zwischen denen sie liegen, und erzeugen an Verticalschnitten ein Bild von seitlich gewucherten Epithelkolben und Zapfen. Bei serienweiser Betrachtung sowohl der Quer- als auch der Längsschnitte lässt sich jedoch der wahre Sachverhalt leicht erkennen.

Das kleine Horn des 3. Falles vom Augenlide ist nur über einer kleinen Gruppe mächtig verlängerter Papillen aufgewachsen, die ganz ähnliche Verhältnisse wie die des vorigen Falles bieten. Während nun über jeder Papille eine wie aus parallel übereinandergelagerten, schalenförmigen Kappen bestehende Hornmasse producirt wird, kommen in der Tiefe der intrapapillären Räume die Mündungen der Haarfollikel mit ihren Anhängseln, den Talgdrüsen zu Tage, durch deren Absonderung eine lockergefügte Masse entsteht, die mit den von den Papillen, und namentlich den Spitzen derselben gebildeten Hornstreifen abwechselt; dadurch erhält das Horn eine deutliche Längsstreifung und gerade daraus ist deutlich zu erkennen, dass eine bedeutende Wucherung der Papillen mit vermehrter Hornbildung über denselben die Veranlassung zum Wachsthume des Hornes bietet.

Ganz ähnliche Verhältnisse finden sich im 4. Falle. Auch hier eine Gruppe nur weniger, jedoch ausserordentlich verlängerter Papillen, von welchen die Hornmassen gebildet werden; diese erscheinen durch das Secret der zwischen ihnen in der Tiefe der intrapapillären Räume mündenden Talgdrüsen in Längsstreifen getrennt. Die über den Spitzen der Papillen producirten Hornmassen sind dichter gefügt und dunkler gefärbt als die an den Seiten und zwischen den Papillen befindlichen.

Sie bestehen aus kappenartig übereinander gefügten Blättern, welche sich als dunkle Streifen durch die ganze Länge des Hornes verfolgen lassen. Im Derma unter diesen Papillen finden wir Entzündungserscheinungen.

Im 5. Falle sehen wir wie im zweiten mächtig entwickelte Papillen, über denen sich ein Horn von lockerem Gefüge und unregelmässiger Structur ausbildet. Zwischen den Hornschichten, welche sich tief in die intrapapillären Räume hineinsenken, finden sich reichliche, von den Spitzen der Papillen ausgehende Hämorrhagien. Die Entzündungserscheinungen im Derma sind sehr intensiv.

Ein ganz merkwürdiges Gebilde zeigt sich uns im 6. Falle. Auf den ersten Blick erschien dasselbe einem rudimentären, überzähligen Finger ausserordentlich ähnlich, da die harte, hornige Spitze das Nagelglied vortäuschte.

Histologisch stellt es sich in folgender Weise dar. Plötzlich und unvermittelt steigt auf der an dieser Stelle mit grossen, regelmässig angeordneten Papillen versehenen Haut eine bindegewebige Säule empor, die der Länge nach etwas gekrümmt ist. Sie besteht aus einem dichten, von Granulations- und Rundzellen reichlich durchsetztem Bindegewebe. Die Versorgung mit Blutgefässen ist eine sehr reichliche. An den Seiten dieses bindegewebigen Fortsatzes steigen Papillen in schräger Richtung nach aufwärts. Gegen die Spitze zu werden dieselben immer länger und reichlicher, bis wir an der Spitze selbst einen ausserordentlich reich und mächtig entwickelten Papillarkörper sehen, über welchem die Epidermis eine derartige Mächtigkeit erreicht, dass wir dieses Gebilde mit vollem Rechte als Cornu cutaneum bezeichnen können.

Wir erkennen in dieser Epidermis alle Schichten der normalen Haut wieder; eine basale Schicht cylindrischer Zellen, dann polygonale Zellen, das Stratum spinosum, ferner ein Stratum granulosum, das stellenweise durch eine deutliche Zona pellucida von den Hornschichten getrennt ist.

An der concaven Seite und an der Spitze des Hornes sind diese Verhältnisse sehr deutlich ausgeprägt. An der convexen Seite zeigt sich jedoch etwas ober der Mitte desselben ein tiefer Riss, in dessen Grunde sich ein runder Hohlraum befindet; dieser Riss ist die Schnürfurche des Fadens und der Hohlraum die Stelle, wo er zuletzt gelegen ist. Die Nachbarschaft dieser Verletzung befindet sich im Zustande mächtiger, entzündlicher Infiltration, wie überhaupt die Entzündungserscheinungen an der convexen Seite weit ausgebreitet sind. Ausserdem sehen wir unterhalb der Schnürfurche reichliche Hämorrhagien. Das Epithel ist daselbst zum grossen Theile vollständig abgestossen entsprechend dem blutenden und nässenden Theile des Gebildes. An der concaven Seite führen mächtige Blutgefässe in den oberhalb der Schnürfurche gelegenen Theil, welcher mit seinen mächtigen Papillen als eigentliches Horn bezeichnet werden muss. In diesem Theile ergibt ein Querschnitt das Bild eines wahren Rete.

Die beiden Fälle verhornter Papillome am Penis gleichen mit ihren riesig entwickelten Papillen und den mächtigen Hämorrhagien an den Spitzen derselben vollständig dem von Prof. Pick gegebenen Bilde derselben, nur viel mächtiger am Penis eines Psoriatikers entwickelten Erkrankung und unserem 3. und 4. Falle, so dass über dieselben nichts weiter hinzuzufügen ist.

Jene beiden Hörner des 7. Falles jedoch, welche an dem Rande des oberen und unteren Augenlides einer 76jähr. Frau sassen, bieten von den bis jetzt geschilderten weit abweichende Verhältnisse.

An einem Verticalschnitte durch die Mitte des Hornes sehen wir, dass die regelmässige Reihe der Hautpapillen und Haarfollikel des Lidrandes an der Stelle, wo das Horn sitzt, unterbrochen ist und einer Epithelmasse Platz gemacht hat, welche aus mächtigen Epithelzapfen und Kolben zu bestehen

scheint, welche durch lange, schlanke Papillen von einander getrennt sind. Diese Epithelmasse reicht so tief in das Derma, dass sie sich fast bis zur Region der Schweissdrüsen erstreckt, also genau in dieselbe Tiefe, in welche sich in der benachbarten Haut die Haarfollikel erstrecken.

Neben und unter dieser Epithelmasse finden wir in dem etwas verdichteten Derma ungemein heftige Entzündungserscheinungen und reichliche Hämorrhagien, welche wohl durch die wiederholten Versuche der Patientin, die Gebilde gewaltsam auszureissen, bedingt worden sind. Sie haben zu beiden Seiten der Epitheleinlagerung stellenweise zu einer vollständigen Loslösung derselben von dem benachbarten Derma geführt. In dem entzündeten und hämorrhagisch durchsetzten Gewebe sind die Blutgefässe und Schweissdrüsen deutlich zu erkennen; die Schweissdrüsen zeigen normale Verhältnisse, keine Wucherung der Epithelien. Die Entzündung erstreckt sich zwischen den Haarfollikeln ziemlich weit in die Narbarschaft.

Bevor die benachbarte Epidermis an die Epithelmasse des Hornes herantritt, erhebt sie sich etwas gegen dieselbe (Fig. 3), so dass sich zwischen ihr und der basalen Epithelmasse des Horns eine mehr weniger stark infiltrirte Dermaschichte befindet. Diese Dermaschichte umgibt wie ein Wall die centrale Epithelmasse, und über ihr erheben sich mächtige, schlanke Papillen, welche bis hoch in das Horn hinauf ragen; die Analogie mit dem unter 1. beschriebenen Falle ist hier nicht zu verkennen, und auch die Abbildung ergibt das gleiche Verhalten der randständigen Papillen der Hörner dieser beiden Fälle.

An der über dieser Dermaleiste zum Horn aufsteigenden Epidermis sieht man die Schleimschichte sowie auch die Hornschichte allmälig an Mächtigkeit zunehmen; namentlich die letztere weist eine bedeutende Verdickung auf und besteht aus mehreren lose zusammenhängenden Hornlamellen, welche nach obenhin direct mit der Hornmasse des Hornes selbst zusammenhängen.

Auch sehen wir, dass im Bereiche dieser aufsteigenden Epidermis die Vermehrung der Epithelien auch auf die Haarfollikel übergreift. Ihr Infundibulum erscheint bedeutend er-

weitert, die Retezellen desselben ungemein vermehrt. An vielen Stellen sieht man, dass die Epithelzellen der erweiterten Infundibula der Haarfollikel, welche der centralen Epithelmasse am nächsten stehen, continuirlich in die letztere übergehen.

Die basale Epithelmasse bildet in toto einen nach unten abgerundeten Cylinder, welcher in der schon oben genannten Tiefe in das Derma eingepflanzt ist. Sie selbst besteht aus mehr oder weniger dicken Kolben und Zapfen oder Schläuchen, welche durch sehr schmale bindegewebige Septa von einander getrennt sind, so dass man am Vertical- wie auch am Horizontalschnitt vollständig den Eindruck eines mit sehr langen, schlanken Papillen versehenen Papillarkörpers erhält; an der Peripherie sieht man jedoch viele einzelne oder auch getheilte Epithelkolben von der centralen Masse sich loslösen.

Betrachten wir diese an der Peripherie befindlichen Zapfen genauer, so finden wir in vielen derselben mehr oder weniger veränderte Haare; der Lage und Ausdehnung nach schliessen sich diese Zapfen vollständig der regelmässigen Reihe der benachbarten Haarfollikel an. Sie erstrecken sich nicht tiefer in das Derma, sind aber dicker als diese.

Die Entwicklung dieser Verhältnisse sieht man am deutlichsten, wenn man die Schnitte serienweise betrachtet, und von den Schnitten, welche die äusserste Peripherie des Horns treffen, allmälig zu den mehr central gelegenen übergeht.

In jener Gegend, wo sich die Haut zu dem aus mächtigen Papillen gebildeten Dermawalle erhebt, beginnt auch die Wucherung der Epidermiszellen, welche zur Bildung vermehrter Hornmasse führt. Hier sehen wir sehr lange, schlanke Papillen, die sich mächtig über das Niveau der benachbarten Haut erheben. (Fig. 4.)

In den periphersten Schnitten sehen wir an den Haarfollikeln noch keine Veränderung. Allein je mehr wir gegen das Centrum des Hornes vordringen, desto mehr werden auch die Haarfollikel von der Epithelwucherung in Mitleidenschaft gezogen.

Zunächst sehen wir ihre Infundibula stärker erweitert, die Haare von reichlichen Epidermislamellen umgeben (Fig. 5). In den noch mehr central gelegenen Schnitten kann man nur

noch hie und da einen Haarfollikel als solchen erkennen, in der centralen Epithelmasse aber sind sie vollständig zu Grunde gegangen. Die centralen Zapfen stellen vollständig solide Schläuche dar, welche ganz aus Epithelzellen bestehen, die denen der basalen Epidermisschicht vollständig gleichen.

Von den eigentlichen Papillen der Haut ist im centralen Bereiche der Hornbasis nichts mehr wahrzunehmen, sie alle werden durch die sich stark vermehrenden Epithelzellen verdrängt. Nur an den Randpartien erscheinen sie mächtig vergrössert. Das elastische Gewebe ist in diesen Papillen gut erhalten, und lässt sich bis hoch hinauf in dieselben verfolgen.

Aus diesen Untersuchungen ersehen wir, dass bei den meisten Fällen von Cornu cut. die Verhältnisse recht klar liegen; über vergrösserten Hautpapillen findet eine vermehrte Production von Hornmasse statt; die Vermehrung der Epithelien und ihre Verhornung sind sehr intensiv, so dass die oberste Hornmasse nicht rasch genug abgestossen werden kann, wodurch es zur Bildung eines Horncylinders oder eines Hornkegels kommt.

Die Papillen entsprechen in seltenen Fällen ihrer Zahl und Lage nach vollständig den an dieser Stelle normal vorhanden gewesenen Papillen. (Fall I.) Häufig betrifft die Vergrösserung nur eine ganz kleine Gruppe von Papillen; diese können dann aber ausserordentlich vergrössert sein; auch sieht man gewaltige Theilung und Verästelung solcher Papillen (Fall II), wodurch sie eine grosse Aehnlichkeit mit denen der verhornten Papillome am Penis erreichen. Die Vergrösserung und Verästelung der Papillen ist aber nicht durch die Wucherung der Epithelien bedingt, und eine zufällige, secundäre Dehnung und Zerrung der vorhandenen Papillen in Folge der Epithelwucherung, sondern die Vergrösserung der Papillen geht der vermehrten Hornbildung voraus oder erfolgt gleichzeitig mit ihr. Dies erhellt ganz klar aus unseren Untersuchungen der verhornten Papillome vom Penis. Diese unterscheiden sich in ihrem histologischen Aufbau in gar nichts von Hörnern an anderen Körperstellen, und wir sind in der Lage, diese vollständige Analogie an den zwei von uns untersuchten Fällen von verhornten Papillen mit den übrigen Hauthörnern festzu-

stellen, wobei wir namentlich die vollständige Gleichheit im Aufbau dieser Gebilde mit den Fällen III und IV constatiren müssen, welche so weit geht, dass die betreffenden Präparate zum Verwechseln ähnlich sind.

Auch möchten wir bei dieser Gelegenheit noch einmal auf den von Prof. Pick[1]) veröffentlichten Fall von Cornu cut. am Penis verweisen. Hier entstand das ausserordentlich mächtige, gekrümmte, vollkommen typisch ausgebildete Horn über Papillomen, welche sich im Vorhautsacke eines Psoriatikers entwickelt hatten, nachdem eine Phimosenoperation diese Papillome freigelegt hatte. Damals schon wies Prof. Pick darauf hin, dass die Anomalie der Verhornung bei der Psoriasis in diesem Falle eine wesentliche Rolle bei der exorbitanten Hornbildung bei diesem Patienten gespielt haben müsse.

Auch einer von unseren beiden Fällen zeigte ein bemerkenswerthes Verhalten. Dieser Patient hatte seine Glans stets von der Vorhaut bedeckt getragen; nachdem die Papillome eine gewisse Grösse erreicht hatten, reichte die Vorhaut nicht mehr aus, dieselben vollständig zu bedecken und blieb fast vollständig zurückgeschlagen; von dieser Zeit an begann die Hornbildung über den Papillomen, welche zur Gestaltung ganz typischer bis 1½ Cm. langer Hörner führte; diese vollständig verhornte Gruppe befindet sich neben dem Frenulum, wo das Präputium vollständig reponirt war. Im übrigen Sulcus jedoch, welcher noch von dem nicht vollständig reponirten Präputium bedeckt war, befanden sich typische, weiche Condylome.

In diesen Fällen kann doch niemand von einer Hornbildung ohne Papillen sprechen, da die Papillen ja lang vor der Bildung des Hornes bestanden, die Hörnerbildung auf Basis dieser Papillen erfolgte, und die vergrösserten Papillen unter dem gebildeten Horne vollständig erhalten blieben; ebenso wenig kann man in diesen Fällen von secundärer Verlängerung und Verästelung der Papillen sprechen, welche durch das Hineinwuchern von Epithelleisten und Kolben in die bindegewebigen Theile hervorgerufen sein könnten.

---

[1]) Archiv f. Derm. u. Syph., Vierteljahrschrift, 1869.

Ueberhaupt konnten wir von einem activen Hineinwuchern der Epithelien in Form von Zapfen in das Derma nach Art des Carcinoms nichts wahrnehmen, selbst bei Fall III, welcher ein ausgebreitetes Epitheliom am Ohre zeigte, konnten wir keine Spur einer derartigen Wucherung im Bereiche der Hornbasis entdecken. Jedoch ebenso klar ist zu ersehen, dass bei der starken Vermehrung der Epithelzellen über Papillen und in den intrapapillären Räumen, da die sich vermehrenden Zellen wegen ihres festen Zusammenhangs in den verhornten Partien nicht leicht und frei nach oben ausweichen können, gewisse Verdrängungserscheinungen und Verzerrungen platzgreifen müssen, welche in späterer Zeit das ursprünglich klare Bild anders gestalten und trüben.

Wenn eine Papillengruppe in Wucherung geräth, und die Papillen nicht nur höher, sondern auch breiter werden, wenn sie sich verästeln und verzweigen, so reicht naturgemäss der Raum, der ihnen früher zur Verfügung gestanden, nicht aus, namentlich wenn auch in den in den intrapapillären Räumen gelegenen Epithelien eine auch nur mässige Wucherung stattfindet; sie drängen seitlich auseinander, und so werden die an der Peripherie befindlichen normalen Papillen verschoben und verzogen, in schräge, ja selbst horizontale Stellungen gebracht, und dadurch entsteht an der Peripherie des Hornes ein mannigfaltiges Bild, mit scheinbar schräg verlaufenden Epithelkolben und Zapfen; an Querschnitten oder bei serienweiser Betrachtung der Schnitte kann man sich jedoch leicht vom wahren Sachverhalte überzeugen; selbst die Ausführungsgänge der Talgdrüsen, welche dicht neben einem solchen Horn an die Oberfläche ausmünden, zeigen oft eine starke Verzerrung, so dass sie schräg, ja fast horizontal verlaufen.

Die Adnexe der Haut, die Haarfollikel, Talgdrüsen und Schweissdrüsen können unter der Hornbasis vollständig erhalten bleiben, was wir namentlich an unseren kleinen Hörnern (Fall III und IV) beobachten konnten, wo die Talgdrüsen ihr Product mitten in die Hornmasse hineinlieferten und dadurch zur Bildung einer ungleichmässigen Structur der Hörner beitrugen.

Anderseits können sie aber auch vollständig zu Grunde gehen; sie werden durch die darüber wuchernde Hornmasse gewissermassen vollständig erdrückt.

Unser Fall VII bot in dieser Hinsicht ganz merkwürdige Verhältnisse; hier beginnt die Hornentwicklung über einem mächtigen, an der Peripherie der Hornmasse befindlichen Walle von Papillen; jedoch centralwärts nimmt die Wucherung der Epithelien überhand und führt zu sehr bedeutenden Verdrängungserscheinungen.

Wie wir gesehen haben, greift die Wucherung der Epithelien sehr bald auf die Infundibula der Haarfollikel über, erweitert diese so stark, dass sie vielfach mit einander confluiren; das Haar in den Follikeln geht zu Grunde und an Stelle der Haarfollikel sehen wir schliesslich solide Epithelzapfen und Schläuche, welche eine viel bedeutendere Dicke besitzen als die ursprünglichen Haarfollikel und durch lange, schlanke papillenartige Septa von einander getrennt sind; die ursprünglichen Papillen an der Oberfläche sind dabei vollständig verdrängt worden und die scheinbaren Papillen in der Mitte der Basis des Horns entsprechen Resten der intrafolliculär gelegenen Dermatheile.

Die intrafolliculären Räume wurden in Folge der Epithelvermehrung stark verschmälert, indem sie gleich schlanken Papillen zwischen den Epithelschläuchen emporragen. Die Talgdrüsen sind frühzeitig zu Grunde gegangen, die tiefer gelegenen Schweissdrüsen jedoch vollständig erhalten, und an ihnen keine Wucherung der Epithelien zu bemerken, wie dies Mitwalsky[1]) an seinem gleichfalls von den Adnexen des Auges herrührenden Falle gesehen hat.

In unseren Präparaten konnten wir jedoch keine Stelle entdecken, an welcher diese Epithelschläuche tiefer in das Derma eingedrungen wären, als die benachbarten normalen Haarfollikel eingepflanzt waren; nirgends konnten wir ein horizontal oder in anderer Richtung verlaufendes Vordringen der Epithelien in das Derma wahrnehmen, aber in den dem

[1]) Mitwalsky. Ein Beitrag zur Kenntniss der Hauthörner der Augenadnexa. Archiv f. Derm. u. Syph. XXVII, 1894, p. 47.

Derma und den Epithelien gemeinsam angehörigen Zonen hatten die Epithelien das Derma in bedeutendem Masse verdrängt, und zwar seitlich verdrängt, aber nirgends activ durchwuchert, nirgends selbständige carcinomartige Zapfen in dasselbe hineingetrieben.

Ferner müssen wir auch bei diesem Falle constatiren, dass die Wucherung der Epithelien und mit ihnen die Bildung vermehrter Hornmasse über stark gewucherten Papillen beginnt, während die Verdrängungserscheinungen erst eine spätere Folge dieser Epithelwucherung darstellen.

Durch die Güte des Herrn Prof. Chiari erhielt ich von einem Falle von Cornu cutaneum Kenntniss, welches auf der Cornea des Auges einer Kuh gewachsen war, und von Karl Baas in Nr. 8/9 des Centralblattes für allgemeine Pathologie und pathol. Anatomie VIII. Band mitgetheilt wurde. Aus dem Grunde, dass das Horn auf der Cornea eines Auges gewachsen ist, will der Verfasser diesen Gebilden den papillären Bau und namentlich die papilläre Genesis vollständig absprechen und erläutert diese Meinung auf Grund des histologischen Befundes, welcher durch drei der Arbeit beigegebene Abbildungen veranschaulicht wird. Wir müssen nun gestehen, dass wir aus der histolog. Beschreibung und namentlich aus den Abbildungen gerade den gegentheiligen Eindruck empfingen und das Gebilde für ein exquisit papilläres ansehen müssen.

Dafür spricht einerseits das Bild der Längsschnitte, in welchem wir nirgends ein tiefes Eindringen von Epithelzapfen in das darunter liegende Cornealgewebe wahrnehmen können, sondern es erscheint im Gegentheile das Bindegewebe unter der Basis des Hornes bedeutend vermehrt und verdickt und erhebt sich in Form hoher, schlanker Papillen weit in das Horngewebe hinauf; anderseits spricht ganz besonders das Bild der Querschnitte dafür.

Wir sehen hier die Querschnitte sehr langer, schlanker Papillen von kreisrunder oder ellyptischer Gestalt. Es scheint uns doch eine sehr gewagte Erklärung für die Bildung dieser langen, schlanken, mächtige Gefässe führenden Papillen, anzunehmen, dass „wenn schliesslich das noch widerstandsfähige Cornealgewebe dem Eindringen der Epithelzapfen ein starkes

Hemmniss entgegensetzt, die Folge davon ist, dass die Zellwucherung sich selbst und die von ihr umfassten Gefässe über die ursprüngliche Höhe emporhebt.“ Wenn dies der Fall wäre, dann müsste doch der Querschnitt entschieden das entgegengesetzte Bild geben, nämlich ein netzförmiges Stratum von Bindegewebe, in welchem sich inselförmig die Querschnitte der einzelnen Epithelzapfen und Kolben befinden. Wir konnten aber so etwas weder in unseren Schnitten sehen, noch konnten wir dies aus den Beschreibungen und Abbildungen Mitwalsky's und Baa's erkennen. Dass an der Basis des Horns bei der Vergrösserung der Papillen und der zwischen denselben gelegenen Epithelien seitliche Verschiebungen und Verzerrungen vorkommen müssen, ist ja selbstverständlich, und dass durch diese Verschiebungen und Verzerrungen häufig kolben- und zapfenartige Bilder in den Präparaten entstehen, muss ebenso zugegeben werden, indess können wir aber, wie schon erwähnt, bei serienweiser Betrachtung der Schnitte uns leicht vom wahren Sachverhalte überzeugen.

Auch der Einwand, dass auf der Cornea keine Papillen vorhanden seien, und mithin in diesem Falle von Papillenwucherung keine Rede sein könne, erscheint nicht stichhältig, da dieses Auge ja nur an einzelnen Randpartien von dem normalen Cornealepithele bedeckt erscheint; an einer Seite und in der Mitte, also in der Umgebung des Horns ist eine diffuse oberflächliche Trübung nach Art einer pannösen Infiltration zu erkennen; Pannus ist aber nicht mehr Cornealepithel, sondern Conjunctiva und auf dieser können sich sehr wohl Papillen und papilläre Wucherungen ausbilden.

Entgegengesetzt den Annahmen Unna's,[1]) ferner Mitwalsky's[2]) und Baas'[3]) müssen wir daher an dem papillären Bau der Cornua cutanea festhalten; gewiss kann die Wucherung der Cutispapillen allein nicht ein Hauthorn hervorbringen, sondern es gehört dazu auch eine gesteigerte Neubildung der Epithelzellen und eine gesteigerte Verhornung derselben.

---

[1]) Unna. Histopathologie der Hautkrankheiten (1894, pag. 877).

[2]) l. c.

[3]) l. c.

Diese drei Vorgänge können bei den verschiedenen Hauthörnern relativ verschieden sein, und dadurch grosse Verschiedenheit an den histologischen Bildern herbeiführen; alle drei jedoch bilden wesentliche Bedingungen für die Entstehung der Hauthörner, und wir meinen, ohne Papillen kann kein echtes Hauthorn entstehen, nicht einmal auf der Hornhaut des Auges eines Hornthieres.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Pick für die Uebertragung dieser Arbeit und Herrn Prof. Chiari für die Durchsicht der betreffenden Präparate meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. IV u. V.

Fig. 1. Hauthorn über dem Olecranon des linken Armes von Fall I, V. J.

Fig. 2. Hauthorn über der Nasenspitze von Fall II, S. A.

Fig. 3. Hauthorn am oberen und unteren Lide des linken Auges von Fall VII, L. A.

Fig. 4. Längsschnitt durch die Hornbasis vom Falle I. Hauthorn über dem Olecranon des linken Armes.

Fig. 5. Querschnitt durch die Hornbasis vom Falle I. Da das Horn mit seiner Basis schräg in die Haut implantirt ist, hat der parallel zur Hautoberfläche geführte Schnitt die Hornbasis schräg durchsetzt; man sieht links oben das Derma, welches nirgends von Zapfen oder Kolben durchwachsen ist; in der Mitte sieht man die Querschnitte der Papillen, welche, je mehr nach rechts unten in desto grösserer Höhe getroffen erscheinen.

Fig. 6. Längsschnitt durch die Mitte der Basis des Hornes vom oberen Augenlide im Falle VII.

Fig. 7. Längsschnitt durch die Randpartie desselben Hornes, entsprechend dem Walle hoher Papillen.

Fig. 8. Längsschnitt durch dasselbe Horn mehr centralwärts; man sieht die erweiterten Infundibula der Haarfollikel.

Aus Dr. R. Ledermann's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Ein Fall von Lichen ruber in der inneren Voigt'schen Grenzlinie der unteren Extremität.

Casuistische Mittheilung.

Von

Dr. **Hugo Meyer,**
früher Assistenzarzt der Poliklinik.

(Hierzu Taf. VI—VIII.)

Im Jahre 1864 beschrieb Christian Voigt als „ein System neu entdeckter Linien an der Oberfläche des menschlichen Körpers" die Begrenzungslinien der Hauptverästelungsgebiete der einzelnen Hautnerven. Diese Linien, nach ihrem Entdecker die Voigt'schen genannt, begannen auch das Interesse der Dermatologen in Anspruch zu nehmen, als in einer Arbeit L. Philippson's aus dem Jahre 1890 auf die Coincidenz mancher Nävi mit der von Voigt angegebenen inneren Grenzlinie der unteren Extremität hingewiesen wurde. Seither sind von verschiedenen Seiten Erkrankungen der Haut in dieser und anderen Grenzlinien beobachtet und veröffentlicht worden, die alle indess von den Autoren in das Gebiet der Nävi im Sinne einer auf congenitaler Anlage zurückzuführenden, von der Zeit des Auftretens unabhängigen geschwulstartigen Affection der Haut gerechnet wurden. Auch als Touton auf dem Dermatologen-Congress in Graz im Jahre 1895 über einen Fall von Neurodermititis linearis chronica verrucosa, also über eine Affection von entzündlichen Charakter in einer Voigt'schen Grenzlinie berichtete, wurden Zweifel an der Diagnose laut und der Fall von competentester Seite (Jadassohn) als Naevus

bezeichnet, weil man von der vorgefassten Meinung ausging, dass alle in der Voigt'schen Grenzlinie localisirten Hautaffectionen auf congenitaler Anlage beruhten.

Um so interessanter ist deshalb die Beobachtung eines typischen Lichen ruber-Falles in der Voigt'schen inneren Grenzlinie der unteren Extremität, welcher in Dr. Ledermann's Poliklinik im Sommer 1896 zur Behandlung kam.

Der diagnostisch völlig einwandsfreie Fall ist in der Berliner dermatologischen Gesellschaft[1]) von Dr. Ledermann vorgestellt und dem Verfasser dieser Arbeit zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt worden. Die Krankengeschichte ist folgende:

Der Patient ist der 38jährige frühere Maurer, jetzige Milchhändler D., ein kräftig gebauter Mann von gutem Ernährungszustande. Er gibt an, stets gesund gewesen zu sein bis auf ein im Jahre 1886 überstandenes rheumatisches Leiden in Hüft- und Schultergelenken, welches nach russischen Bädern heilte und weder subjectiv noch objectiv wahrnehmbare Spuren hinterlassen hat. Nerven- oder Gemüthsleiden sind in der Familie des Patienten nicht vorgekommen. Seine jetzige Affection begann 3 Wochen vor der Aufnahme mit lebhaftem Jucken. Sie zeigt am Tage der Aufnahme nachstehendes Bild (cf. Abbildung):

An der Vorder- und Rückseite des Rumpfes befinden sich mehrfach zerstreute, röthlich und gelbrothe, mehr oder weniger polygonale Knötchen von spiegelndem Glanz. Dieselben tragen fast sämmtlich eine centrale Delle und sind zum Theil mit adhärenten, kleinen Schüppchen bedeckt. Auf der rechten Hinterbacke, etwa dem Austritt des nerv. ischiadicus entsprechend, beginnt ein derber, geröthеter, seitlich gezackter Strang, dessen Breite etwa 3 Cm. beträgt. Dieser Strang ist aus kleinen, gelblich rothen, polygonalen Knötchen, entsprechend den oben beschriebenen, zusammengesetzt. In den mittleren Partien dieses Streifens ist durch Confluenz die Entstehung aus Einzelefflorescenzen nicht mehr sichtbar; diese Stellen haben das Aussehen eines derben, mit theils weissen, theils grauen verrucösen Schuppen bedeckten Bandes. Der Strang zieht in wechselnder Breite von der Höhe des muscul. glutaeus maximus zuerst ein wenig nach median bis zur plica glutaeo-femoralis hinab, setzt sich dann in einem nach innen concaven, schwach gekrümmten Bogen längs des obersten Drittels der Beugefläche des Oberschenkels fort, zieht mehr lateral durch die unteren zwei Drittel, so dass er etwas nach aussen von der Mitte der fossa poplitea den Unterschenkel erreicht. Auf diesem

[1]) Ledermann. Ueber Lichen planus. Verh. d. Dermatol. Vereinigung in Berlin. Jahrgang 1895/96. Berlin 1897. pag. 60 und 70.

verläuft der Strang bogenförmig, indem er sich unterhalb der fossa poplitea nach dem Innenrande des tendo Achillis wendet und erreicht sein Ende zwei Finger breit über dem Hacken. Während der Strang am Oberschenkel und bis handbreit unterhalb der Kniekehle ohne Unterbrechung durch normale Haut verläuft und durch Abzweigung vereinzelter kurzer Aeste ein ungemein zierliches Bild darbietet, findet sich am Unterschenkel die Zusammensetzung aus Einzelefflorescenzen deutlicher und die Schuppenbildung daselbst weniger ausgeprägt. — Ausserdem befinden sich auch in der Mundhöhle deutliche Lichen planusefflorescenzen in Form der bekannten weisslichen Knötchen und Plaques.

Die Nacken- und Inguinaldrüsen sind mässig geschwollen. Es existirt keine Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, die Patellarreflexe sind beiderseits lebhaft, ebenso der Fusssohlen-, Bauchdecken- und Cremaster-Reflex deutlich. Die Pupillen reagiren normal. Kein Fussclonus. Kein Romberg'sches Symptom.

Die Sensibilität und Schmerzempfindung ist am ganzen Körper unbeeinträchtigt. Der Temperatursinn scheint im Gebiete des Ausschlages etwas herabgesetzt zu sein.

Nervenstämme und Muskeln zeigen für galvanischen und faradischen Strom überall normale Erregbarkeit und ebenso ist die Hautempfindung für den elektrischen Strom überall normal.

Muskelsinn und Gefühl für Lage sind gleichfalls wohl erhalten.

Die von Dr. Ledermann angestellte mikroskopische Untersuchung eines excidirten Hautstückchens vom Oberschenkel (cf. Abbildung) ergab:

In den oberen Schichten der Cutis Dilatation der Gefässe, dichte Zellinfiltration bestehend aus Rund-, Spindel- und Mastzellen vielfach perivasculäre Infiltration des Papillarkörpers und des angrenzenden Theiles des Coriums, namentlich aber um die Haarfollikel herum; Oedem des Bindegewebes. In dem Epithel eine sehr starke, hypertrophische und hydropische Anschwellung der Epidermiszellen mit Verlängerung und Verbreiterung der Rete-Zapfen, Rundzelleninfiltration zwischen den Retezellen, in den unteren Schichten des Rete Malpighii hie und da Mitosen. An einigen Stellen starke Verdickung der Hornschicht, welche zahlreiche kernhaltige Hornzellen und Vacuolen aufweist. Verbreiterung des Stratum granulosum. Hornige Einlagerungen in die Follikel-Oeffnungen. Keine Veränderungen der Nerven an osmirten Schnitten sichtbar. Keine Mikroorganismen. Der Process beginnt, wie aus den mikroskopischen Bildern hervorgeht, in den oberen Schichten der Cutis, die Veränderungen im Epithel sind secundär.

Unter interner Verabreichung von arseniger Säure schwanden die beschriebenen Veränderungen, nachdem zunächst noch eine universelle Ausbreitung der Lichen ruber-Knötchen erfolgt war, im Laufe von zwei Monaten mit Hinterlassung bräunlicher und braunschwarzer Pigmentation. Das Jucken hatte sich schon vorher verloren.

Die Diagnose auf Lichen ruber planus wurde aus der Gestalt der typischen Efflorescenzen gestellt, aus dem Jucken und durch den angeführten Verlauf bestätigt.

Während also der mitgetheilte Fall diagnostisch keine besonderen Schwierigkeiten machte, zog die eigenthümliche Localisation an der Hinterfläche des rechten Beines unsere Aufmerksamkeit auf sich. Wir versuchten zunächst, einen etwaigen Zusammenhang mit den vorhandenen, mehr oder weniger strichförmig verlaufenden, anatomischen Gebilden der Haut zu eruiren. Allein weder mit Arterien noch mit Venen liess sich eine Uebereinstimmung herausfinden; ebenso wenig mit den Lymphgefässen, welche eine besondere Beachtung erheischten sowohl durch die Ansicht Lassar's,[1]) welcher den Lichen ruber für eine infectiöse Lymphangitis hält, als auch durch einen von Heller berichteten und abgebildeten Fall einer mit Sicherheit auf die Infection der Lymphgefässe zurückzuführenden linearen Erkrankung der unteren Extremität. Der Vergleich mit dem Verlaufe der Haut und tieferliegenden Nerven endlich führte auch zu keinem befriedigenden Resultat.

Die in Betracht kommenden Nerven sind für den Oberschenkel der n. cutan. femor. lateralis, die n. subcutan. glut. inff. des n. cutan. femor. poster; der n. cutan. femor. posterior. selbst, am Unterschenkel der n. cutan. crur. poster; n. communic. peronaei und der n. saphen. Von diesen liegt der n. cutan. femor. poster. und der n. communic. peronaei lateral von der Eruption; der n. cutan. cruris poster. würde dieselbe kreuzen; indessen ist dieser Nerv nicht constant und häufig durch den n. cutan. femor. post. ersetzt. Der n. saphen. bleibt stets medial von dem Strang.

Dagegen ergab das Studium ähnlich localisirter Fälle und der Vergleich mit den Voigt'schen Abbildungen die Uebereinstimmung des Verlaufs mit der Voigt'schen inneren Grenzlinie der unteren Extremität.

---

[1]) D. med. Wochenschrift 1885, pag. 551, u. Berl. klin. Wochenschrift 1887, pag. 398.

Mit mathematischer Exactheit ist diese Uebereinstimmung mit Voigt's Abbildungen natürlich nicht aufzufassen; dies geht schon daraus hervor, dass die Ausbreitungen der Nerven selbst differieren, mithin die Grenzlinien auch bei verschiedenen Individuen in geringen Grenzen variiren müssen. Doch auch aus anderen hier nicht weiter zu erörtenden Gründen wird von der überwiegenden Mehrzahl der Autoren eine geringe Differenz concedirt. (Jadassohn, Hallopeau, Philippson etc.)

Der von uns beobachtete Fall von Lichen ruber planus liefert nun zum ersten Male den vollgiltigen Beweis, und darin liegt seine Bedeutung, dass die Localisation einer Erkrankung in einer Voigt'schen Linie keineswegs immer zur Auffassung derselben als eines Naevus berechtige, wie dies noch Jadassohn bei der Discussion des in der Einleitung gestreiften Falles von Touton äusserte: „. . . . . Dazu kommt, dass wir unseres Wissens bisher in der Voigt'schen Grenzlinie nur solche Krankheiten kennen, welche den systemasirten Naevis oder, was jetzt auch Kaposi anzuerkennen scheint, der hierher gehörigen Ichthyosis linearis zuzurechnen sind. Dazu kommt ferner, dass gerade die bei Touton's Fall erkrankte innere Grenzlinie der unteren Extremität besonders häufig von systematisirten Naevis betroffen ist, und dass fast alle eczematisirten Naevi in ihr verlaufen."

Diese Ansicht hat auch die Diagnose eines Falles bisher nicht richtig stellen lassen, welchen seine Beobachter Hallopeau und Jeanselme, obwohl er alle objectiven Symptome des Lich. ruber planus darbot, dennoch als einen Naevus lineaire veröffentlicht haben, weil erstens starkes Jucken fehlte und weil zweitens die eigenthümliche strichförmige Localisation sich auf einer Anzahl von Moulages des Pariser Museums wiederfand, welche sämmtlich Naevi darstellten. Nachdem aber längst die Erfahrungen aller Autoren dazu geführt haben, dass das Jucken nicht mehr als ein Cardinalsymptom des Lich. rub. plan. anzusehen, vielmehr das typische Knötchen allein als das entscheidende Moment bei der Diagnose zu würdigen ist, war es in Hallopeau's klinisch absolut einwandsfreien Falle

nur noch die Localisation, welche ihn als systematisirten Naevus weiter gelten und in der Literatur cursiren liess.

Wir glauben indess durch die ausführliche Wiedergabe die vollkommene Uebereinstimmung des Falles mit dem Ledermann'schen Fall in Bezug auf Localisation und Diagnose am besten beweisen zu können.

Die Anamnese des Leon Jules. Ferd's, eines 20 Jahre alten Mechanikers, bietet weder persönliche, noch hereditär erwähnungswerthe Momente.

Seit 2 Monaten ungefähr empfand er ein leichtes Jucken an der inneren hinteren Partie des linken Beines und bemerkte damals einen kleinen schmalen Streifen von röthlichem Colorit, der sich vom Talus bis zur Kniekehle ausdehnte.

In 3 Wochen hatte sich dieser Streifen über den Oberschenkel bis zur Hinterbacke verlängert. Diese Linie beginnt genau oberhalb des Calcaneus, am Innenrand der Achilles-Sehne. Sie steigt zuerst über die hintere Grenze der Innenfläche, wendet sich in Höhe des Muskelbauches der Gemelli nach rückwärts, um in die Kniekehle zu gelangen. Von diesem Punkte an setzt die Linie ihren aufsteigenden Verlauf fort, kreuzt unter sehr spitzen Winkel die Sehnen des semitendinosus und semimembranosus, um die Innenfläche des Oberschenkels zu erreichen. Sie nimmt wieder die gerade Richtung zur Plic. glutaeo-femoralis und beschreibt auf der Hinterbacke eine Curve, deren Concavität nach oben und innen sieht.

In einem grossen Theil ihres Verlaufes ist diese Linie durch ihre Zierlichkeit auffallend und man könnte sie zuerst für ein Kunstproduct halten. In der unteren Hälfte des Beines hat sie eine Breite von $^1/_2$ Cm., erweitert sich continuirlich auf der Höhe des Unterschenkels, auf dem Oberschenkel und der Hinterbacke, wo sie ungefähr die Breite von 2—3 Cm. erreicht. Das Aussehen dieser Linie ist nicht überall homogen, bei aufmerksamer Betrachtung wird man sich darüber klar, dass die Linie entstanden ist aus dem Zusammenfluss zahlreicher miliarer Knötchen, welche eine Drüsenmündung oder ein Haar zum Centrum haben und alle objectiven Kennzeichen des Lichen ruber Wilson darbieten.

Auf der Höhe des Oberschenkels und der Hinterbacke ist die Eruption der Streifen nicht mehr continuirlich, sondern löst sich in eine Reihe isolirter Elemente auf, welche denjenigen ähneln, von denen die beschriebene Linie gebildet wird.

Zu bemerken ist, dass an verschiedenen Punkten die Affection Neigung zur Rückbildung hat und dargestellt wird von pigmentirten Plaques, die, ein wenig gedellt und identisch sind mit denjenigen, welche sich in der regressiven Phase des Lichen ruber plan. bilden.

Der lichenoide Streifen ist zu beiden Seiten von einem leicht entfärbten Bande begrenzt, welches kaum bemerkbar auf den unteren Partien, im oberen Theil des Oberschenkels deutlicher wird. Im Bereiche der beiden Bänder und der Streifeneruption sind die Haare viel weniger zahlreich als über den benachbarten Regionen.

Eine Störung der Berührungs- oder thermischen Empfindlichkeit besteht nicht; die Extremität ist auch nicht Sitz spontaner Schmerzen, weder lancinirender, noch anderer; Bewegungen oder Druck auf den Ischiadic-Verlauf bringen keine Empfindungen hervor. Das Jucken, welches allerdings in sehr geringem Grade zu Beginn der Affection vorhanden war, ist völlig verschwunden. Die vasomotorischen, secretorischen und trophischen Functionen erscheinen mit Ausnahme einer Rareficirung der Haare und der schon erwähnten marginalen Entfärbungen intact. Die Muskelmassen zeigen ihr normales Volumen und die Kniephänomene sind normal.

Die rechte, untere Extremität, das Perinaeum, der Penis, das Scrotum, das Abdomen sowie der übrige Körper bieten keine bemerkenswerthe Veränderungen dar. Die Palpation der fossa iliaca und fossa poplit. zeigt, dass keine Ursache für eine Nerven-Compression besteht.

Seit 6 Monaten hat der Kranke eine Acne miliaris auf dem Nasenrücken.

Zusammengefasst ist also die linke untere Extremität des jungen Mannes in ihrer ganzen Länge von der Hinterbacke herab bis zum Calcaneus durchzogen von einer schmalen, streifenförmigen, leicht gekrümmten Eruption.

Nach Aufsage des Kranken datirt die Haut-Affection seit höchstens 2 Monaten. Um diese Zeit herum fühlte er ein leichtes Jucken und bemerkte die Gegenwart eines kleinen schmalen, röthlichen Streifens, welcher vom Talus zur Kniekehle heraufstieg. Dann, im Laufe einiger Wochen, verbreitete sich der Streifen allmälig auf Oberschenkel und Hinterbacke.

Objectiv beobachtet erscheint die Eruption zusammengesetzt aus miliaren Knötchen, die oft eine Drüsenmündung oder ein Haar zum Centrum haben und analog, wenn nicht identisch sind mit den Elementen des Lich. Wilson. An einigen Punkten sind diese Elemente derart verschmolzen, dass sie ein homogenes, kaum ausgezacktes Band am Rande bilden, an den anderen Stellen, z. B. auf dem Oberschenkel und der Hinterbacke sind sie von einander getrennt und der Streifen wird nur von einer Reihe von Knötchen gebildet, welche der Haut dieser Gegend ein gesprenkeltes Aussehen geben.

Obwohl diese Affection alle morphologischen Attribute des Lichen planus besitzt, glauben Hallopeau und Jeanselme nicht, dass es sich hier um diese Krankheit handelt, da eines der Cardinalsymptome das Jucken fehlt. Sie glauben diese Affection als Naevus ansehen zu müssen, dessen Existenz dem Kranken unbekannt war und welcher erst später eine rapide Ausbreitung nahm.

Wir wollen an dieser Stelle nicht weiter die Frage erörtern, inwieweit jetzt die Diagnose auch anderer in der Literatur mitgetheilter in den Voigt'schen Grenzlinien localisirter Fälle zu modificiren wäre. Liegt doch die Vermuthung nahe, dass in der einschlägigen Literatur noch mancher derartige Fall auf Grund der vorhandenen Voreingenommenheit unter falscher Flagge segelt. So scheint uns, um nur ein Beispiel herauszuziehen, ein von Franz Shearar als Eczem beschriebener Fall in dieser Ausbreitung, welche er selbst nicht zu deuten wusste, auch wirklich ein Eczem zu sein und nicht, wie später angenommen wurde, ein eczematisirter Naevus. So scheint auch ein eben von Leven[1]) unter der Diagnose „Dermatosis linearis neuropathica" publicirter Fall bei einem 16monatlichen Kinde in das Gebiet der lichenoiden Affectionen und nicht der Naevi zu gehören.

Wichtiger erscheint es uns vielmehr, unsere Aufmerksamkeit den über die Bedeutung der Voigt'schen Linien aufgestellten Hypothesen zuzuwenden; müssen wir doch von einer annehmbaren Theorie verlangen, dass sie uns auch die Localisation einer acuten Erkrankung in den Voigt'schen Linien begreiflich macht.

Die meisten Theorien leiden an einer gewissen Einseitigkeit, ganz natürlich, da die Autoren nur Affectionen auf congenitaler Basis in den Kreis ihrer Betrachtungen zogen, und sind daher entwickelungsgeschichtlicher Natur. A. Alexander führt sie in einer Arbeit aus dem Jahre 1895 ausführlich an. Ihnen gegenüber steht Touton mit einer, wenn man will, theilweise mechanischen Theorie. Der schon erwähnte Fall Touton's von „Neurodermitis linearis chronica" betraf ein in der Pubertät sich befindendes Mädchen und trat unter sehr heftigem Jucken auf.

Touton glaubte, die Erkrankung und ihre Localisation folgendermassen erklären zu können:

„Wenn wir dazu nehmen, dass diese Erkrankung auftrat zu einer Zeit hoch gesteigerter nervöser Erregbarkeit, der beginnenden Pubertät, wo andererseits, besonders beim weiblichen Geschlecht, eine starke Vergrösserung des Umfanges der unteren

[1]) Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 41, 1897.

Extremität Platz greift, so müssen wir uns sagen, dass die Reizsymptome der sensiblen Nervenendigungen gerade an dieser Stelle des Zusammentreffens verschiedener Wachsthumsrichtungen durch rein mechanische Momente in ein besonders klares Licht gesetzt wird. Wir brauchen daher nicht die Philippson-sche Erklärung, dass die an der Grenzlinie endigenden Fasern im Nervenstamm zusammenliegen, wo sie vielleicht von einem gemeinsamen schädigenden Moment getroffen werden könnten. Der rein peripherische Reiz, den man sich als eine Art Dehnung, Zerrung oder Auseinanderreissen von Nervenenden aus verschiedenen Gebieten vorstellen kann, durch das rasch zunehmende Dickenwachsthum genügt zu einer Vorstellung, warum gerade diese Grenzlinien der Standort dieser nervösen Hauterkrankung wurde."

An dieser Stelle erübrigt es sich, auf die Frage einzugehen, ob der physiologische Vorgang des Wachsthums im citirten Falle in der That die Erkrankung veranlasst haben mag, resp. ob wir es beim normalen Wachsthum mit einer Dehnung, Zerrung und nicht vielmehr mit einer entsprechenden Grössenzunahme aller Theile zu thun haben. Dass es einer Wachsthumsvolumenzunahme nicht bedarf, beweist ja unser Lichenfall, welcher einen 38jährigen Mann betraf. Dagegen glauben wir im Sinne Touton's der Voigt'schen Grenzlinie eine Prädisposition zu Erkrankungen zuschreiben zu dürfen.

Es bleibt auch unseres Erachtens — und das ist wohl der Kernpunkt der Touton'schen Anschauung — nur die eine Möglichkeit der Erklärung übrig, dass die nach Voigt benannten Linien einen locus minoris resistentiae bezüglich der Hauterregbarkeit darstellen, d. h. dass für die übrige Haut irrelevante Reize in diesen Linien schon Erkrankungen hervorrufen, welche je nach der Specifität des Reizes natürlich verschieden sein werden. Die Art des Reizes kann dabei sehr mannigfaltig sein, indem sowohl Reize in der embryonalen Entwicklungsperiode, die dann zur Bildung congenitaler Geschwülste — Naevi — führen, als auch solche, die, wie Philippsohn annimmt, vom Rückenmark ausgehen, wo sich die peripheren Nervenbahnen vereinen, als auch bacterielle oder toxische Entzündungen der Haut selbst, welche die peripheren Nerven-

endigungen irritiren, in Frage kommen können. Häufig wird eben die Haut in diesen Voigt'schen Linien schon zu einer Zeit auf Reize zu reagiren anfangen, wo die Haut an anderen Körperstellen sich noch vollständig passiv verhält. So wird durch unseren Fall auch die legendäre Anschauung zerstört, dass stets das gleiche ätiologische Moment zur Bildung der in den Voigt'schen Linien localisirten Hautaffectionen dienen müsse. Seitdem wir wissen, dass sich klinisch und anatomisch ganz verschiedene Gebilde daselbst localisiren können, sind wir auch zu der Annahme gezwungen, dass die Natur des ätiologischen Moments in jedem Fall eine andere sein muss. Die Prädisposition dieser Linien selbst wird anatomisch durch die Auffassung Hallopeau's am besten erklärt, dass durch die gehäufte Zahl von Nervenanostomosen in den Voigt'schen Linien ein erhöhter Reizzustand daselbst geschaffen ist.

Leider hat sich unsere Hoffnung, durch die eigenthümliche Localisation des Lichen ruber-Falles auch der Erkenntniss des Lichen ruber selbst etwas näher zu kommen, als trügerisch erwiesen. Erscheint zwar auf den ersten Blick die neuropathologische Anschauung Köbner's durch die Beziehungen der Hautnerven zu den Voigt'schen Linien als sehr sympathisch, so lässt sich doch die infectiöse Theorie, die Lassar zuerst betont hat, nicht ganz von der Hand weisen, da ja, wie wir hervorgehoben haben, Reize der verschiedensten Art das Hautgewebe in den Voigt'schen Linien zu vermehrter Proliferation anregen können. Wir müssen uns also in dieser Hinsicht bescheiden und die Untersuchung dieser wichtigen Frage berufeneren Kräften überlassen.

Es genügt uns, im Vorhergehenden nachgewiesen zu haben, dass auch rein entzündliche Affectionen sich in den Voigt'schen Grenzlinien localisiren können und dass daher die alte Anschauung von der Naevusnatur aller daselbst localisirten Hautgebilde fallen muss.

Literatur.

Alexander, A. Ein Fall von Naevus linearis (Ichthyosis linearis) unius lateris. Derm. Zeitschrift. 1895, Nr. 343.

Bärensprung, J. v. Naevus unius lateris. Charité Annalen. 1863, Bd. XI, H. 2, pag. 91.

Blaschko. Bemerkungen zu Alexander's Aufsatz. Derm. Zeitschrift 1895, pag. 361.

Hallopeau et Jeanselme. Sur un naevus lichénoide correspondant aux lignes de Voigt. Annal. de Derm. et Syph. 1894, pag. 1273.

Hallopeau. Les Naevi. Pirogrès méd. 1891.

Heller. Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten. 1895.

Jadassohn. Beiträge zur Kenntniss der Naevi. Archiv f. Derm. u. Syphilis. 1895, II, pag. 355.

Köbner. Berliner klin. Wochenschrift. 1885.

Langer. Ueber die Spaltbarkeit der Cutis. Sitzungsbericht d. math.-naturwissenschaftl. Classe der kaiserl. Akademie der Wissenschaft. Wien 1862.

Neuberger. Beitrag zur Casuistik des Lichen ruber. Verh. d. deutschen derm. Ges. in Graz. 1894, pag. 506. IV. Congress.

Philippson, L. Zwei Fälle von Ichthyosis cornea (hystrix) partialis (naevus linearis verrucosus Unna) entsprechend dem Verlauf der Grenzlinien. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1890, XI, Nr. 8.

Philippsohn, A. Deutsche med. Wochenschrift. 1896. Vereinsbeilage, pag. 52.

Pospelow. Petersburger med. Wochenschrift. pag. 375, 1881.

Saalfeld. 1. Deutsche med. Wochenschrift. 1889, pag. 1073. 2. Naevus verrucosus unius lateris. Allg. med. Centralzeitg. 1892, Nr. 102. 3. Doppelseitiger Naevus verrucosus (Nervennaevus). Derm. Zeitschrift. 1894, I, pag. 147.

Shearer. The Glasgow med. Journ. Febr. 1885.

Touton. Ueber Neurodermitis circumscripta chronica (Brocq), Lichen simplex chronicus circumscriptus (Cazenave-Vidal). Ein Fall von Neurodermitis linearis chronica verrucosa. Mit Tafel VII, VIII u. IX. Verhandlungen d. deutsch. dermatol. Gesellsch. V. Congress. 1895. Graz.

Voigt, Chr. A. Abhandlung über die Haare am menschlichen Körper. Denkschrift d. Wien. Akademie d. Wissensch. Band XIII, 1857. Ein System neu entdeckter Linien an der Oberfläche des menschlichen Körpers. Ibidem. Band XXII, 1864.

(Ausführliche Literaturangaben s. auch in den Arbeiten von Jadassohn und Alexander.)

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VI—VIII.

Fig. 1. Färbung Carbolfuchsin. Härtung in Alkohol. Leitz, Obj. 3, Oc. 1. Vergr. 60.

Fig. 2. Dasselbe Präparat. Veränderungen im Epithel und Hornschicht. Leitz, Obj. 6, Oc. 1. Vergr. 275.

Fig. 3. Färbung Saffranin. Härtung Alkohol. Hornzapfen in Follikelöffnung. Leitz, Obj. 3, Oc. 4. Vergr. 105.

Die Exantheme der Tuberculose.

(„Tuberculides" Darier.)

Von

Professor **Cäsar Boeck**
in Christiana.

Wenn in diesem Aufsatze von den „Exanthemen der Tuberculose" gesprochen wird, handelt es sich nicht um die verschiedenen Formen der wirklichen Hauttuberculose, wie Scrofuloderma, Lupus vulgaris, gewisse geschwulstförmige Hauttuberculosen und Tuberculosis cutis miliaris und verrucosa, welche sämmtlich durch das Vorkommen des Tuberkelbacillus in der Haut und durch die locale Reaction, welche die Mikrobe hervorbringt, veranlasst werden.

Mit den „Exanthemen der Tuberculose" wird vielmehr hier auf diejenigen Hautausschläge gezielt, welche, obschon der Tuberkelbacillus bei ihnen nicht nachgewiesen ist, nichtdestoweniger so häufig oder so constant bei Individuen auftreten, die früher oder später sich als tuberculös inficirt zeigen, dass man aus diesem Grunde berechtigt oder vielmehr gezwungen ist, diese Ausschläge mit der Tuberculose in Verbindung zu setzen. Es handelt sich hier also wahrscheinlich um eine Fernwirkung des Bacillus, welche durch seine Toxine vermittelt wird.

Eine Lehre von den Exanthemen der Tuberculose in diesem Sinne ist eben im Entstehen begriffen. Eine Andeutung in dieser Richtung habe ich schon längst für den Lupus erythematosus gegeben, und im Jahre 1892 hat Hallopeau für den Lichen scrofulosorum eine ähnliche Anschauung ausgesprochen. Endlich hat Darier in einem Vortrage in der Societé de Dermatologie, December 1896, eine ganze Gruppe von Hautaffectionen in dieser Weise aufgefasst und sie auch mit der Benennung „Tuberculides" bezeichnet. Ich kann mich

hier um so mehr willig dem Collegen Darier anschliessen, als ich schon durch mehrere Jahre bei dem Unterrichte dieselbe Gruppe aufgestellt und sie als die „Ausschlagsformen der Tuberculose" oder wie in diesem Aufsatze die Exantheme derselben bezeichnet habe.

Eine zusammenfassende, auf Daten basirte Darstellung findet sich indessen bisher in der Literatur nicht, und es scheint deshalb angezeigt, dass die Aufgabe, eine solche Darstellung zu geben, jetzt in Angriff genommen wird, obschon sie gewiss noch nicht eine vollständige werden kann. Es ist nämlich dies ein Capitel von eminent praktischer Bedeutung, und zwar nicht nur für die Dermatologen, sondern für jeden prakticirenden Arzt überhaupt. Wenn nämlich die betreffenden Hautaffectionen, von welchen einzelne sehr häufig und alltäglich sind, als sichere Indicien einer tuberculösen Infection des betreffenden Organismus angesehen werden dürfen, ist damit auch ihre grosse prämonitorische Bedeutung für die tägliche Praxis ausgedrückt. Es gilt ja bei der Tuberculose, auch in ihren benigneren Formen, stets auf die Gegenwart der Krankheit aufmerksam zu sein, damit sie immer innerhalb gewisser Schranken gehalten werde und, wo möglich, nicht die edlen Organe angreife.

Es wird nun die Aufgabe der Dermatologen sein, dieses kleine, aber für die ärztliche Praxis im Allgemeinen recht wichtige Capitel der Hautkrankheiten auszuarbeiten und klarzulegen.

Diejenigen Ausschlagsformen also, die unter dem hier erwähnten Gesichtspunkte betrachtet werden sollen, bestehen zum Theil aus schon wohlbekannten Hautleiden wie Lichen scrofulosorum „Hebra" und Lupus erythematosus in seinen gewöhnlichen Formen, zum Theil aus weniger bekannten oder früher weniger richtig aufgefassten Affectionen, wie das von mir schon 1880 als eine eigenthümliche Form von Lupus eryth. disseminatus beschriebene Krankheitsbild, welches später in Frankreich unter verschiedenen Namen beschrieben worden ist — ferner das unten aufgestellte Eczema scrofulosorum, von welchem die leichteren Fälle so häufig sind, dass sie eben deshalb in prämonitorischer Hinsicht so sehr

wichtig sind. Endlich gibt es auch noch einige Affectionen, die vielleicht ebenfalls mit der Zeit sich als hieher gehörend erweisen werden und welche am Schlusse dieser Arbeit ganz kurz erwähnt werden sollen.

Da nun, wie schon erwähnt, bei den hier behandelten Hautaffectionen durchgehends weder der Bacillus mikroskopisch nachgewiesen werden konnte, noch Inoculationen auf Thiere ein positives Resultat gegeben haben, muss der Beweis für den causalen Zusammenhang dieser Affectionen mit der Tuberculose auf die klinische Beobachtung gegründet werden. Es wird die Aufgabe des Klinikers sein, nachzuweisen, wie sämmtliche diese Hautleiden eine einzige zusammenhängende Kette bilden, die in ihrer Totalität wie für jedes einzelne Glied unverkennbar auf die bacilläre Infection als ihre Ursache und ihre Quelle hinweist.

Indem hier diesem Ziele nachgegangen werden soll, werden wir ebensogut mit einem centralen Glied der Kette, die von mir seinerseits als eine eigenthümliche Form von Lupus erythematosus disseminatus bezeichnete Affection anfangen, welche, wie unten gezeigt werden soll, zur einen Seite sowohl mit der discoiden Form von Lupus erythematosus wie mit der disseminaten Form von Kaposi in Verbindung steht, und zur anderen Seite mit dem Lichen scrofulosorum Hebra verknüpft ist. Ich behalte hier die von mir seinerseits angewendete Bezeichnung bei, weil ich fortwährend der Ansicht bin, dass sie nicht nur praktisch, sondern vor allem wohl begründet ist. Jedenfalls muss dann aber der Rahmen des Lupus erythem., wie ich schon früher hervorgehoben habe, etwas erweitert werden, um auch diese Form von:

Lupus erythematosus disseminatus

umfassen zu können. Wenn man von der Akne cachecticorum Hebra absieht, welche vielleicht theilweise den nekrotisirenden Formen der hier besonders beschriebenen Varietaet des Lupus erythematosus disseminatus zu subsummiren sind, findet man wahr-

scheinlich bei Jonathan Hutchinson[1]) die erste Andeutung von einer Auffassung dieses Krankheitsbildes als eine besondere klinische Entitet. Hutchinson beschreibt nämlich in einer seiner Vorlesungen über Lupus erythematosus einen Fall bei einem 12jährigen Knaben (Ph. Holmes), welcher jedenfalls in eine bestimmte Relation zu dieser Krankheit gesetzt wird. Ausserdem werden noch ein Paar Fälle erwähnt (S. die zwei letzten Seiten des Buches), und „diese drei Fälle", sagt Hutchinson, „illustriren eine seltene, bis dahin nicht beschriebene Krankheitsform". Sowohl wegen der angegebenen Form der Primärefflorescenz wie wegen der Localisation der Krankheit glaube ich annehmen zu können, dass es sich um dieselbe Krankheitsform handelt, von welcher ich einige Monate später eine auch auf mikroskopische Untersuchung basirte Beschreibung gab. Diese Vermuthung wurde bei mir noch mehr befestigt, als ich im Sommer 1896 im „Clinical Museum" von Hutchinson Gelegenheit hatte, ein Aquarell von dem erwähnten Falle zu sehen.

Im Jännerheft vom „Norsk Magazin for Lägevidenskaben" 1880, pag. 1—28[2]) gab ich, wie gesagt, eine ausführliche Beschreibung von zwei in der dermatologischen Universitätsklinik in den Jahren 1878 und 1879 beobachteten Fällen, und die mikroskopische Untersuchung eines dieser Fälle war es, die mich veranlasste, diese Krankheitsform in Verbindung mit Lupus erythematosus zu setzen, indem ich sie als eine „eigenthümliche Form von Lupus erythem. disseminatus Kaposi" hinstellte. Was noch weiter, als man erst auf die Spur gekommen war, die Aufmerksamkeit auf einen Zusammenhang mit Lupus erythem. hinleitete, war das Vorkommen in dem einen Falle von dem eigenthümlichen Zustande, welcher von Kaposi unter dem Namen „Erysipelas perstans" als ein Sympton seines Lupus erythem. disseminatus beschrieben wurde. In dem zweiten unserer Fälle war übrigens ebenfalls, obschon nur vorübergehend, ein ähnlicher erysipelatöser Zustand vor-

---

[1]) Lectures on Clinical Surgery, London 1879, p. 298—99.

[2]) Kurzes Referat in der Vierteljahrschrift für Dermatologie. 1880, pag. 587.

handen gewesen. Ausserdem bestand die Primärefflorescenz in einem erythematösen Fleck oder einer Papel, welche häufig aus einem ursprünglich tiefer in der Haut situirten, entzündlichen, oft etwas ödematösen Knoten hervorging. Der erythematöse Fleck oder Papel bot oft auf seinem Höhestadium eine kleine vesikelähnliche Bildung in der Mitte dar, von welcher es doch nicht nachgewiesen werden konnte, dass sie den Haarbalgfollikeln entsprechen würde. Wenn dieses Stadium erreicht war, konnte die Efflorescenz sich entweder zu involviren und einzusinken anfangen, indem sich schliesslich auf der Oberfläche eine kleine festsitzende Schuppe absetzte, welche ein Epidermiszäpfchen in die Tiefe schickte, oder es konnte sich in der Mitte ein kleiner, nekrotischer suppurirender Focus bilden, der sich entweder ganz einfach wie eine Pustel oder wie ein kleiner Substanzverlust präsentirte, mitunter von einem etwas eingesunkenen Schorf gedeckt. Als das endliche Resultat dieser kleinen nekrotisirenden Foci gingen eine ganze Menge von scharf markirten kleinen Narben hervor. Diese zahlreichen, zuletzt weisslichen Narben, die zum Theil beinahe punktförmig und etwas erhaben und hart, zum Theil etwas grösser, gegen hanfkorngross und dann oft rund und schwach vertieft waren, trugen ebenfalls dazu bei, das Krankheitsbild zu charakterisiren und recht eigenthümlich zu machen. Wegen der tiefen Narben boten die Ränder der Ohrknorpel in dem einen Falle sogar ein ganz zerhacktes und zackiges Aussehen dar. Dieses Nekrotisiren einer ganzen Menge von Efflorescenzen hob ich auch bei der Discussion über den Lupus erythematosus auf dem Wiener dermatologischen Congress 1892 ganz besonders hervor. Was die Localisation dieser Krankheitsform betrifft, wurden schon in meiner ersten Arbeit der Ulnarrand der Unterarme, die Handgelenke, die Hände, sowie die Ohren ganz besonders als Lieblingslocalitäten hervorgehoben, obschon die Krankheit sich über den ganzen Körper verbreiten könne. Die Efflorescenzen sind mitunter gruppirt gewesen und haben dadurch ein Bild hervorgerufen, das mehr den gewöhnlicheren Formen von Lupus erythematosus ähnelte.

Die beiden damals beschriebenen, sehr schweren Fälle kamen bei erwachsenen Männern im Alter von 20 und 30 Jahren

vor. Sie waren beide seit der Kindheit scrofulo-tuberculös gewesen mit zahlreichen Drüsentumoren und mit zum Theil sehr ernsten tuberculösen Augenerkrankungen. Der eine Patient war auch 6 Jahre früher wegen grosser Drüsentumoren auf dem Halse operirt worden. Von Symptomen, die sich später als seltener vorkommend gezeigt haben, wurden Anfälle von Pseudoerysipelas notirt, aber, wie erwähnt, nur bei dem einen Patienten liessen diese Anfälle eine „Erysipelas perstans" zurück. In dem anderen Falle war früher auch Anschwellung, Röthe und Empfindlichkeit des Scrotums mit dem Funiculus beobachtet worden. Sehr oft gingen Schmerzen und Steifigkeit der Gelenke diesen verschiedenen Anfällen, die mit ziemlich hohem Fieber verbunden sein konnten, voraus.

Bei der damals vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung von zwei in dem einen Falle aus dem Handrücken excidirten Papeln fand sich in der Lederhaut ein Zelleninfiltrat, welches in langen Zügen den Gefässen entlang sich durch die ganze Papel verbreitete, aber doch ganz speciell um die Haarbalgfollikel und Schweissdrüsen herum, wo ja auch die Gefässe besonders reichlich vertheilt sind. Um den Centralfocus der Papel war die rundzellige Infiltration am reichlichsten und so massenhaft vorhanden, dass man kaum die Grenze zwischen Epidermis und Lederhaut wahrnehmen konnte. Ob die Entzündung vorzugsweise an die Haarbalgfollikel oder Schweissdrüsen geknüpft war, war damals nicht zu entscheiden. Dass aber der Process jedenfalls nicht essentiell an die Haarbalgfollikel gebunden war, ging ja aus der klinischen Beobachtung im Ganzen hervor und besonders auch aus dem Umstande, dass viele Efflorescenzen auch an den Handflächen und Fusssohlen vorkamen.

Während der 17 Jahren, die seitdem verflossen sind, habe ich eine ganze Reihe von Fällen dieser eigenthümlichen Krankheitsform beobachten können, und den meisten jüngeren norwegischen Aerzten ist dieselbe ganz gut bekannt. Wir haben auch immer die Krankheit in unzweifelhafte Verbindung mit der Tuberculose gebracht, was anderwärts erst in der allerletzten Zeit geschehen ist.

Die erste sichere Publication über dieses Leiden nach meiner Arbeit ist die kurze Beschreibung von Dr. Brocq in seinem „Traitement des maladies de la peau", Paris 1890, pag. 318—19.

Dr. Brocq, der die Affection als „Folliculites disséminées symétriques des parties glabres à tendances cicatricielles" bezeichnet und sie als sehr selten ansieht, ist geneigt, die Erkrankung als eine Entzündung der Schweissdrüsen aufzufassen, obschon er sich in dieser Hinsicht nicht positiv ausspricht. Das folgende Jahr, 1891, gab Barthélemy[1]) eine sehr genaue Beschreibung mehrerer Fälle, indem er die Affection mit dem nichts präjudicirenden Namen „Folliclis" belegte. Im selben Jahre beschrieb auch Dr. Bronson[2]) einen Fall unter der Diagnose: Akne varioliformis. Der ebenfalls im selben Jahre von Dr. Lukasiewicz[3]) als „Folliculitis exulcerans (eine bisher nicht beschriebene Hautaffection)" beschriebene Fall ist jedenfalls sehr nahe verwandt, und der von Dr. S. Pollitzer[4]) als „Hydradenitis destruens suppurativa" publicirte Fall gehört ganz gewiss hieher. Dieser Verfasser setzt aber nicht die Krankheit in irgend eine Verbindung mit der Tuberculose, sondern glaubt am ehesten, dass es sich um eine Infection anderer Natur handelt. Ganz bestimmt sind die zwei im Jahre 1893 von Prof. Dubreuilh[5]) publicirten und sehr sorgfältig studirten Fälle mit der hier abgehandelten Affection identisch. Prof. Dubreuilh bezeichnet nach einer genauen mikroskopischen Untersuchung seine Fälle als „Hydrosadénites suppuratives disséminées". Mit Rücksicht auf die ätiologischen Verhältnisse sagt er, dass „sie vollständig dunkel sind". In demselben Jahre beschreibt auch wieder Barthélemy[6]) zwei Fälle von „Folliclis" bei Männern und polemisirt bei dieser Gelegenheit ein wenig mit seinen Collegen Dr. Brocq und

---

[1]) Annales de Dermatologie. 1891. pag. 1—38.

[2]) Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. April 1891.

[3]) Ergänzungsheft zum Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1891. pag. 57.

[4]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1892. Nr. 4.

[5]) Archives de Médecine experimentale. 1893. pag. 63—101.

[6]) Annales de Dermatologie. 1893. pag. 885—893.

Prof. Dubreuilh über die zweckmässige Benennung der Affection, mit Dr. Brocq auch über die Priorität der Beschreibung, da meine so viel früher erschienene Publication ihm offenbar unbekannt geblieben war. Dubreuilh hebt übrigens schon hervor, dass er bei seinen mikroskopischen Untersuchungen sämmtliche Theile der Lederhaut in der Weise afficirt gefunden hatte, dass unmöglich gesagt werden konnte, ob irgend ein Organ oder ein specieller Theil der Cutis primär angegriffen war.

Der folgende 1895 von Hallopeau[1]) beschriebene Fall bei einem 22jährigen Mädchen hat besonderes Interesse wegen der über denselben geäusserten Ansichten. Hallopeau beschreibt den Fall unter folgendem Titel: „Lupus erythemateux anormal, folliclis a type morbide nouveau"? Der Kliniker Hallopeau schwankt also hier noch zwischen der Diagnose Lupus erythematosus, „Folliclis" oder einer ganz neuen Krankheitsform, und Darier, der den Fall mikroskopisch untersucht hat, spricht sich für Lupus erythematosus aus und kommt also zu demselben Resultat, wie ich 16 Jahre früher. Barthélemy, der selbst die „Folliclis" aufgestellt hatte, macht hier zuerst diese Diagnose, kommt aber später zu dem Resultate, dass es sich doch eher um Lupus erythematosus handelt. Prof. Dubreuilh, der ebenfalls die Patientin sah, findet an den Fingern Symptome eines typischen Lupus erythemat. und auf den Ellenbogen „die completeste Type" von seinem „hydrosadenite suppurative disséminée" (identisch mit Folliclis und meiner Form von Lup. eryth. dissem.).

Die diagnostische Schwierigkeit, in welcher hier mehrere der erfahrensten Dermatologen Frankreichs sich befunden haben, ist von besonderem Interesse. Es zeigt nämlich, wie intim die hier behandelte Hautaffection an den Lupus erythematosus gebunden ist, selbst wenn die äussere Form in vielen Fällen beim ersten oberflächlichen Anblick sich ziemlich verschieden präsentirt. Und in der Schlussbemerkung Hallopeau's bei dieser Gelegenheit wird ja in der That die Identität der

---

[1]) Annales de Dermatologie. 1895. pag. 380.

beiden bei dieser Patientin beobachteten Formen deutlich genug erkannt. Hallopeau sagt nämlich: „Es kann nicht von einer Coincidenz von zwei Krankheiten die Rede sein, denn alle Elemente haben sich unter denselben Bedingungen entwickelt; es kann sich um „Folliclis" oder Lupus erythem. handeln, aber nicht um alle beide." Es fiel damals Niemand ein, dass die beiden genannten Erkrankungen ganz von derselben Natur sein könnten. Es ist nämlich dies das erste Mal nach meiner Arbeit, dass diese „Folliclis" überhaupt in Verbindung mit Lupus erythem. genannt wird.

Im Monate April 1896 beschreibt Du Castel[1]) ganz kurz einen Fall bei einem 17jährigen, scrofulo-tuberculösen Mädchen.

Eine ausführlichere Mittheilung über diese Form wird im Juliheft der Annales de Dermatologie 1896 von Tenesson, Leredde und Martinet unter dem Titel: „Sur un granulome innominé" gegeben. Zwei Fälle werden beschrieben, die auch mikroskopisch untersucht waren, und die Verfasser sind zu folgenden, gewiss im Ganzen richtigen Resultaten gekommen: 1. Dass weder der Haarfollikel noch die Schweissdrüsen den Ausgangspunkt des Processes bilden, 2. dass das Infiltrat ein cutanes Granulom, „infectiöses Neoplasma" ist, das wohl secundär die genannten Organe angreifen kann, aber nicht von denselben ausgeht, 3. dass die Affection in ihrer discreten Form viel gewöhnlicher ist, wie man glaubt, und sich auf scrofulösem Boden entwickelt.

Im December 1896 hat Dr. A. Spiegel[2]) in Köln einen Fall mitgetheilt, den er in der Klinik von Unna beobachtet hatte, und von dem er mit Recht findet, dass er in hohem Grade mit der von mir beschriebenen „Form von Lupus erythem. disseminatus" übereinstimmt. Nur verlauft der Fall von Dr. Spiegel aussergewöhnlich chronisch. Dr. Spiegel betont die Nekrose der Efflorescenzen.

November 1896 beschreiben Hallopeau und Bureau einen Fall bei einer 35jährigen, tuberculösen Frau unter dem

[1]) Annales de Dermatologie. 1896. pag. 520.

[2]) Eine seltene, einer generalisirten Folliculitis ähnliche Hauterkrankung. Monatsh. f. pr. Dermatol. December 1896.

Titel: „Sur un nouveau cas de l'affection, dite folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose", und im Decemberheft der Annales de Dermatol. (pag. 1428), das, während der norwegische Text dieses Aufsatzes niedergeschrieben wurde, einlief, werden die Resultate der mikroskopischen Untersuchung des Falles mitgetheilt, welche im Ganzen mit den von Tenneson, Leredde und Martinet erhaltenen stimmen. Nur ist man jetzt auch auf den von mir schon auf dem Wiener Congresse 1892 [1]) speciell hervorgehobenen nekrotischen Process, der sich hier geltend macht, aufmerksam geworden. Zu gleicher Zeit beschreibt auch Darier [2]) zwei Fälle mit der Ueberschrift: „Des tuberculides cutanées" und entwickelt bei dieser Gelegenheit seine oben erwähnten Ansichten. In der Sitzung der Societé de Dermatologie am 14. Jänner 1897 [3]) wurden drei neue hieher gehörende Fälle vorgestellt und ein vierter Fall erwähnt. Du Castel präsentirt seinen Fall unter dem Titel: „Lupus erythemateux avec squames psoriasiformes de la face et folliclis des mains" — wieder also tritt die sogenannte Folliclis in Verbindung mit dem Lupus erythematosus auf. — Thibierge präsentirt einen Fall als: „Un nouveau cas de folliculites disséminées chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses."

Hallopeau und Bureau bezeichnen einen neuen Fall folgendermassen: „Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques". Dieser Fall soll eine neue, von der Folliclis dadurch etwas verschiedene Form repräsentiren, dass die Efflorescenzen sich nicht aus der Tiefe der Cutis, sondern mehr oberflächlich entwickeln. Es ist doch, meiner Meinung nach, überflüssig, auf dieser Grundlage eine neue Form aufzustellen, da, wie man nicht selten beobachten kann, die tiefen und die oberflächlichen Efflorescenzen gleichzeitig bei demselben Patienten vorkommen können. — Dr. Brocq erwähnt in derselben Sitzung einen Fall als: „Un nouveau fait pour servir à l'histoire des tuberculides". Man sieht, wie die neue Be-

[1]) II. internationaler dermatol. Congress, Wien 1892. Verhandlungen, pag. 369.

[2]) Annales de Dermatologie. 1896, pag. 1431.

[3]) Annales de Dermatologie. 1897, pag. 39.

zeichnung Dariers, Tuberculides, sofort Anklang gefunden hat, und, meiner Meinung nach, mit Recht. In diesem Falle kamen die Efflorescenzen auf der Pars capillata in der Weise in Gruppen angesammelt vor, „dass jeder," bemerkt Dr. Brocq, „der sonst nichts vom Patienten sah, ganz sicher die Diagnose Lupus erythematosus stellen müsste." Es geht aus dem hier Angeführten hervor, welche Schwierigkeiten die Bezeichnung der Affection verursacht hat, und wir kommen weiter unten speciell zu dieser Frage zurück.

Es sollen hier einige der von mir im Laufe der Jahre seit meiner ersten Beschreibung gemachte Beobachtungen über die hier abgehandelte Form mitgetheilt werden. Zum Theil zeigen auch diese Krankengeschichten, wie oben schon bemerkt, das Uebergreifen dieser Form in benachbarte Formen. Ich wähle zuerst einen durch seine wechselnden Fasen sehr interessanten Fall, der sowohl die Abhängigkeit der Affection von der Tuberculose, wie den Zusammenhang derselben mit dem Lupus eryth. discoides illustrirt:

I. Fall: Frau S. O., 32 Jahre. Stark gebautes, blühend aussehendes Individuum mit reichlich entwickeltem Panniculus adiposus. Sie consultirte mich September 1885 wegen ziemlich grosser Drüsentumoren in der linken Axilla, welche während des folgenden Winters in dem Grade an Grösse zunahmen, dass man Februar 1886 sich entschloss, die Tumoren durch Operation zu entfernen. Die excidirten Drüsen waren ausgesprochen tuberculös. Im Sommer desselben Jahres (1886) kam sie wieder zu mir, weil die Drüsen oberhalb der linken Clavicula und der linken Seite des Halses entlang anzuschwellen angefangen hatten. Es wurden jetzt Bleiwasserumschläge um den Hals verordnet und innerlich Sulphidum calcicum gegeben, welches Mittel mir seinerzeit von englischen Collegen als wirksam gegen tuberculöse Drüsentumoren empfohlen worden war. Aber während der Anwendung dieses für den genannten Zweck gewiss nicht unwirksamen Mittels, kamen plötzlich auf den beiden Wangen, vollständig symmetrisch auf beiden Seiten, scharf begrenzte, erythematöse Flächen zum Vorschein, in welchen mit Leichtigkeit die flüchtige Form des Lupus eryth. discoides, die vom älteren Veiel als „Erythema lupinosum" bezeichnet worden war, erkannt wurde.[1]) Diese erythematösen Flächen

[1]) Es war ein merkwürdiger Zufall, dass ich eben zu gleicher Zeit auch eine andere Patientin, ein 17jähriges Mädchen, wegen ihrer gewaltig augeschwollenen tuberculösen Drüsentumoren auf dem Halse mit Sulphi-

schwanden wieder successiv, nachdem sie ungefähr 3 Wochen bestanden hatten. Spät im Herbste desselben Jahres litt sie an einer heftigen suppurativen Parotitis.

Im Monate December des folgenden Jahres (1887), während sie ziemlich weit ausserhalb der Stadt wohnte, bekam ich die Nachricht von ihr, dass sie unter starkem Fieber plötzlich von einer heftigen, erysipelasähnlichen Anschwellung der linken Hand am Unterarme befallen worden war. Es ahnte mir sogleich, was für eine Erysipelform sie bekommen hatte, aber, obschon der Fall mich also ausserordentlich interessirte, musste ich doch wegen der grossen Entfernung die Behandlung einem anderen Arzte überlassen, der ganz natürlich, wie sie selbst, den Fall als ein gewöhnliches Erysipel auffasste. Sie wurde mit antifebrilen Mitteln und Bleiwasserumschlägen behandelt, zweifelsohne die zweckmässigste Behandlung, die überhaupt gewählt werden konnte. Trotzdem war es doch nicht gelungen, die Anschwellung der Hand und des Unterarmes zum Schwinden zu bringen, es hatte sich ein „Erysipelas perstans" Kaposi entwickelt. Als sie nämlich am 30. Mai 1888 sich wieder bei mir einfand, war die linke Hand und der Unterarm von einer ödematösen und schlaffen Anschwellung eingenommen, die sehr bedeutend war. Meine Vermuthung hatte sich also bestätigt, die vermeintliche Erysipelform war eine jener plötzlich auftretenden, erysipelasähnlichen Entzündungen gewesen, die mitunter während des Verlaufes des Lupus erythematosus disseminatus auftreten. Sie hatte ausserdem jetzt, als sie sich vorstellte, in den letzten acht Tagen an neuralgischen Schmerzen im angeschwollenen Arme gelitten, besonders wenn er gebraucht wurde. Die Ulna war etwas empfindlich, und man hatte beim Untersuchen ein Gefühl, als ob auch das Periost der Ulna etwas angeschwollen wäre.

Gleichzeitig sah man auf dem geschwollenen linken Unterarme einige markirte, tiefrothe hanfkorngrosse Flecken und auf den beiden Händen, sowohl auf der Volar- wie auf der Dorsalfläche derselben, eine ganze Menge von ebenfalls durchschnittlich hanfkorngrossen, tiefrothen oder bläulichrothen Flecken und Papeln, von welchen einige einen Eiterherd in der Mitte enthielten (typisch meine „Disseminatus Efflorescenzen" oder, wenn man will, „Folliclis"). Ausserdem sah man ebenfalls auf den Händen zahlreiche, markirte, punktförmige Narben nach früheren Efflorescenzen derselben Art. Die Frau erzählte nämlich, dass sie seit dem Sommer 1886, also kurze Zeit nach dem erwähnten Ausbruche von „Erythema

---

dum calcicum behandelte, und zwar mit ganz demselben Resultate. Nachdem nämlich das Mittel einige Zeit angewendet worden war, wobei die Tumoren zu schwinden angefangen hatten, brach symmetrisch auf ihren beiden Wangen ein typischer Lupus eryth. discoides hervor, welchen sie trotz aller Behandlung durch viele Jahre behielt und, woran sie vielleicht noch leidet.

lupinosum", stetig erneuerte Eruptionen von diesem Ausschlage auf den Händen gehabt hatte. Endlich sah man auf der Stirn, etwas unterhalb des Haarrandes, einige grössere, begrenzte, erythematöse Flächen mit einigen mehr markirten randständigen Papeln, und ausserdem in der rechten Augenbraue einen erythematösen, etwas infiltrirten, schuppenden Plaque.

Es wurden jetzt Leberthran innerlich und Bleiwasserumschläge um den kranken Arm ordinirt. — 12 Tage später, am 11. Juni 1888, ist notirt worden: Das schlaffe Ödem der Hand und des Armes will nicht auf Bleiwasserumschläge weichen; aber die Ulna ist nicht mehr empfindlich und die Schmerzen im Arme verschwunden. Einige bei der vorigen Untersuchung anwesende, eigenthümliche, blaue, erhabene, infiltrirte, empfindliche Flecken an der linken Handfläche sind ebenfalls beinahe geschwunden, und nicht mehr empfindlich. Gleichzeitig sind dagegen einzelne neue Papeln in den Handflächen zum Vorschein gekommen. Inst. Massage von der angeschwollenen Hand und dem Arme. Cont. mit dem Leberthran und den Bleiwasserumschlägen.

20./6. Es werden mehrere neue, hanfkorngrosse, tiefrothe Papeln auf den beiden Handrücken und der Dorsalfläche der Finger gesehen. Die Oberfläche dieser Papeln ist gewölbt und zeigt eine hellere, vesikelähnliche Partie in der Mitte. An den Handflächen sieht man einzelne grössere, aber flachere Papeln. Pat. beschreibt selbst, wie während der Waschung aus den älteren Efflorescenzen ein Epidermiszäpfchen aus der Mitte derselben herausfällt, wonach man an einem Punkte in der Mitte „das entblösste Fleisch sieht". Eine dieser Beschreibung entsprechende Efflorescenz sieht man eben heute in der rechten Handfläche.

Auch auf dem geschwollenen linken Unterarme kann man heute einzelne frische, rothe, hanfkorngrosse Papeln wahrnehmen. Weiter sind während der letzten Tage einige mehr wie erbsengrosse, tiefrothe Flächen sowohl vor dem linken Ohre wie auf der Ohrmuschel und auch symmetrisch hinter den beiden Ohren zum Vorschein gekommen. Diese Flächen sind etwas uneben und rauh, zum Theil schon mit einigen festhaftenden Schuppen bedeckt (Lupus eryth. discoides). Die Drüsen auf dem Halse sind ebenfalls in den letzten Tagen noch mehr angeschwollen und auch empfindlicher geworden. — Ein halbes Jahr später, am 13. December 1888, habe ich notirt: Der linke Arm nebst der Hand sind noch dicker und mehr geschwollen wie früher, und die pastöse Anschwellung der Haut hat sich jetzt bis zu der Mitte des Oberarmes hinauf verbreitet. Wenn der Arm kalt wird, ist er, wie sie selbst sagt, „roth und blau". Sie hat ab und zu die Empfindung des Einschlafens in demselben und sie hat nicht mehr dieselbe Kraft in diesem Arme und in der Hand wie früher.

Der oben beschriebene papulöse Ausschlag stellt sich sehr oft ein, ist aber augenblicklich nicht zugegen. — Am 18. März 1890 stellte sie

sich wieder vor: Die Drüsentumoren auf dem Halse waren jetzt im raschen Zunehmen, und als sie deswegen sehr ängstlich war, aber um keinen Preis sich wieder einer Operation unterwerfen wollte, gab ich ihr noch einmal, aber nicht ohne Bedenken, Sulphidum calcicum, 0·08 Gr. dreimal täglich.

Am 9. Juli 1890 waren die Drüsentumoren nach einer durch längere Zeit fortgesetzten Anwendung von Sulphidum calcicum in hohem Grade zurückgegangen. Aber seit dem vorigen Tage hatte sie wieder eine so heftige pseudoerysipelatöse Entzündung an der rechten Hand und dem Unterarme bekommen, dass auf dem Handrücken sogar mehrere Bullae zu sehen waren. Ausserdem fand sich jetzt ein typischer, discoider Lupus erythematosus, symmetrisch auf den beiden Wangen vor den Ohren verbreitet, vor. Auch auf dem Rande des rechten Ohres war die Krankheit zu sehen. Es wurden wieder Bleiwasserumschläge um die kranke Hand und den Arm applicirt. Seitdem habe ich sie nicht gesehen.

Diese Krankengeschichte scheint mir in mehrfachen Beziehungen sehr interessant und bemerkenswerth. Sie zeigt, wie ein aussergewöhnlich kräftiges und blühend aussehendes Weib in ihren besten Jahren tuberculöse Drüsentumoren bekommt, wie sie dann unter Anwendung eines Mittels, das ein besonderes Vermögen solche Tumoren und somit wahrscheinlich auch den Bacillus selbst anzugreifen zu besitzen scheint, zuerst einen flüchtigen Ausbruch von Lupus erythematosus (Erythema lupinosum) im Gesichte bekommt und ganz kurz nachher auf ihren Händen auch diejenige Affection, die von mir seinerzeit als eine Form von Lupus erythematosus disseminatus beschrieben wurde. Ungefähr anderthalb Jahre später wird sie von einem Pseudoerysipelas der linken Hand und des Unterarmes befallen, welches eine „Erysipelas perstans", Kaposi, ein Symptom des Lupus eryth. disseminatus dieses Verfassers, zurücklässt. Noch ein halbes Jahr später treten wieder Symptome eines Lupus eryth. discoides im Gesichte auf, während unaufhörlich durch die letzten Jahre stetig erneuerte Ausbrüche von meiner Disseminatusform stattgefunden haben. Endlich, vier Jahre nach dem Erscheinen der ersten Symptome auf der Haut, bekommt die Patientin unter erneuertem Einnehmen von Sulphidum calcicum ziemlich verbreitete Ausbrüche von typischem Lupus eryth. discoides im Gesichte, während gleichzeitig ein Pseudoerysipelas auch an der rechten oberen Extremität einsetzt.

Wie man sieht, greifen alle diese hier erwähnten, dem Anscheine nach so verschiedenartigen Symptome auf der Haut in der Weise ineinander, dass man sie wohl ganz sicher sämmtlich als einen einzigen, zusammengehörigen Krankheitscomplex aufzufassen genöthigt ist. Dass ferner ein Fall wie dieser noch weiter dazu beitragen musste. diejenige Auffassung bei mir zu befestigen, die schon durch frühere Beobachtungen in mir entstanden war, dass der Lupus erythematosus in bestimmtem Zusammenhange mit der Tuberculose steht, wird man leicht sich denken können.

Inwiefern dem gegen die Drüsentumoren sowohl in diesem wie in dem anderen, nur beiläufig erwähnten Falle angewendeten Mittel, dem Sulphidum calcicum, irgend eine Schuld an dem Ausbruche der hier erwähnten Hautaffectionen zuzuschreiben ist, lässt sich wohl schwierig mit Bestimmtheit sagen. Aber unwahrscheinlich kommt es mir nicht vor, und jedenfalls habe ich es seitdem nicht gewagt, dieses Mittel gegen tuberculöse Drüsentumoren in Anwendung zu ziehen. Der Gedanke liegt ja nicht fern, dass das Mittel auf den Bacillus selbst giftig einwirkt und dass letzterer in Folge dessen ganz in derselben Weise reagirt, wie der Leprabacillus und das syphilitische Virus, die ihre Reaction gegen das Jodkalium durch stärkere neue Ausbrüche kennzeichnen. Auch das Quecksilber, das ja sowohl wie das Jod specifisch auf das syphilitische Virus wirkt, ruft ja oft im Anfange eine ähnliche Reaction von Seiten dieser Krankheit hervor, wie namentlich von Prof. Jarisch hervorgehoben worden ist.

Der folgende, kurz beschriebene Fall wird hier im Anschlusse an den voranstehenden mitgetheilt, weil er, wie letzterer ein gleichzeitiges Auftreten von Lupus erythematosus discoides im Gesichte und von meiner Disseminatusform („Folliclis") auf den Händen, Füssen und Ohren zeigt:

II. Fall. Fräulein M. L., 17 Jahre alt, aus Amerika, stellte sich zum ersten Male im Juni 1890 bei mir vor. Sie erzählte, dass sie, 3 Jahre alt, wegen einer Augenkrankheit behandelt worden war, die vom behandelnden Arzte als „Ulceration" auf dem Auge bezeichnet wurde, von welcher jedoch jetzt keine Spuren mehr entdeckt werden konnten. Vor zwei Jahren war ein grösserer Drüsentumor auf dem Halse exstirpirt

worden, und jetzt fand sich wieder auf der linken Seite des Halses eine Reihe von bedeutend angeschwollenen Drüsen vor, welche ein Chirurg operiren wollte.

Im Gesichte sah man auf den beiden Wangen einen ausgeprägten Lupus erythematosus, zum Theil mit mehr wie bohnengrossen, infiltrirten Plaques, die von den gewöhnlichen, in den Follikelmündungen festsitzenden Schuppen bedeckt waren, zum Theil mit aggregirten Papeln auftretend. Auf den beiden Ohren, namentlich den Rändern der beiden Conchae entlang, kamen hanfkorngrosse „disseminirte" Papeln vor. Auf den Händen und Füssen fanden sich ebenfalls eine ganze Menge von disseminirten Papeln von der genannten Grösse. Es wurden Bleiwasserumschläge auf dem Gesichte während der Nacht verordnet. Am 12. Jänner 1891 ist notirt: Nach fleissig fortgesetzter Anwendung der Bleiwasserumschläge finden sich jetzt nur verhältnissmässig schwach hervortretende Reste des Ausschlages im Gesichte vor. Aber in der letzten Zeit haben sich wieder starke Ausbrüche von „disseminirten" Papeln auf den Händen und den Füssen eingefunden. Die meisten Papeln sind tiefroth, hanfkorngross mit gewölbter Oberfläche, und die grössten, beinahe erbsengrossen erinnern sehr viel an Frostknoten. Mehrere der kleineren Papeln zeigen einen Eiterherd in der Mitte — also das gewöhnliche Bild meines Lupus eryth. disseminatus.

Nachdem Pat. dann zum Theil in Paris, zum Theil in Amerika behandelt worden war, stellte sie sich wieder bei mir am 12. September 1896 vor, wo ich notirt habe: Man sieht jetzt wieder einige discoide Plaques im Gesichte. Dagegen findet man auf den Händen und den Fingern nur die zahlreichen, so sehr charakteristischen, punktförmigen, weisslichen Narben nach den früher vorhandenen „Disseminatus"-Efflorescenzen. Auch auf den Ohren sieht man jetzt nur Narben nach der Krankheit; aber diese Narben sind so tief, dass die Conchae förmlich missgebildet sind.

Wir sehen also hier, wieder bei einem ausgesprochen tuberculösen Mädchen ein gleichzeitiges Auftreten von einem typischen discoiden Lupus erythematosus im Gesichte und von einer Eruption von „disseminaten" Papeln auf den Händen, Füssen und Ohren. Speciell konnten hier noch die tiefen Substanzverluste an den Ohren, wie ich sie schon in einem meiner Fälle vom Jahre 1880 beschrieben habe, und wie sie auch später in Frankreich bei der „Folliclis" beschrieben worden sind, bemerkt werden.

Ich werde hier eine Beobachtung einschalten, die sich in den Archiven der Universitätsklinik für Hautkranke befindet und aus der Zeit, als Bidenkap dieselbe dirigirte, stammt. Die Krankengeschichte ist von besonderem Interesse, weil sie

eine Combination der hier besprochenen Form mit dem im Ganzen sehr seltenen Lupus erythematosus disseminatus von Kaposi demonstrirt. Der Fall wurde unter der Diagnose „Akne“ behandelt, weil er beim Eintreten in das Hospital mehr das akneähnliche Bild meiner „Disseminatus“-Form darbot und erst während des Aufenthaltes im Hospital mehr und mehr die Symptome des Lupus eryth. dissem. Kaposi mit grösseren erythematösen Flecken und Blasen zeigte. Ich sah den Fall wiederholt während dieser letzten Periode und war nie darüber im Zweifel, dass der Fall als Lupus erythematosus diagnosticirt werden müsse. Wie so viele der an dieser malignen Form erkrankten Individuen starb auch diese Patientin an Tuberculose.

III. Fall. K. Olsen, 20jähriges Mädchen, ist am 23. Februar 1884 in das Hospital eingetreten. Sie war seit ihrer frühen Kindheit „scrofulös“ gewesen und war auch früher in der Augenabtheilung des Hospitals wegen einer Augenkrankheit behandelt worden, die eine nebelige Verdunkelung der linken Cornea zurückgelassen hatte. Die Halsdrüsen auf beiden Seiten waren auch jetzt geschwollen.

Ihre jetzige Hautkrankheit hatte vor ungefähr 14 Tagen sich zuerst im Gesichte geäussert und sich dann successive zu den verschiedenen, unter dem Status präsens genannten Regionen verbreitet.

Status präsens: Auf den beiden Wangen sieht man eine Menge von kleinen Papeln, die zu unregelmässig conturirten, aber symmetrisch angeordneten Flächen gesammelt sind. Viele der kleinen Efflorescenzen sind mit dünnen Krüstchen bedeckt. Die angegriffenen Partien sind in der Peripherie von einer ziemlich starken Röthe umgeben, und das Gesicht scheint im Ganzen etwas geschwollen. Auf dem Nasenrücken und der Stirn bis zum Haarrande empor sieht man ähnliche Papeln wie auf den Wangen, aber hier mehr zerstreut. Auf der Nasenspitze findet sich eine grosse Vesikel oder kleine Bulla vor. An den Ohren, hinter denselben und im äusseren Ohrengange sieht man mehr pustelähnliche krustenbelegte Efflorescenzen. Die Krusten sind hier dicker, grösser und mehr bräunlich wie auf den Wangen. Auch auf der Brust und dem Rücken sieht man ähnliche Papeln, die besonders zwischen den Schulterblättern confluiren und mit Krusten belegt sind. Ein solcher papulöser Ausschlag findet sich auch auf den Armen vor, besonders auf den Streckseiten derselben.

Die beiden Handrücken sind bläulich-roth und mit Papeln besetzt, von denen einzelne in Vesikeln übergegangen sind. Ausserdem finden sich hier eine Menge kleiner weisser Narben vor. Auf den Dorsalflächen der Finger sieht man zum Theil grössere Pusfoci, zum Theil rothe,

nässende Flächen. In der Vola manus ebenfalls einige Papeln. Auf den beiden Waden ein ähnlicher papulöser Ausschlag. Kein nennenswerthes Jucken vorhanden.

29./II. Es zeigen sich heute auf den beiden Vorderarmen, besonders der Ulnarseite entlang, grössere, zum Theil mehr röthliche, zum Theil mehr bläuliche Infiltrationen etwa von der Grösse einer spanischen Nuss, von welchen einige einen kleinen Pusfocus auf der Spitze tragen. Aehnliche kleinere Efflorescenzen mit mehr diffusem Rubor sieht man auf den Wangen, der Nase, auf dem Rücken und auch ein Paar unterhalb der Kniee auf den Waden. Seit gestern auch gestörtes Allgemeinbefinden, Kopfweh, Anorexi. Diarrhoe. Zunge belegt. Hauttemperatur erhöht.

1./III. Befinden besser. Ausschlag abgeblasst. Die Temperatur hält sich während der folgenden 10 Tage ungefähr auf 38·0° C.

3./III. Heute wieder eine neue Eruption im Gesichte von stark rothen Papeln, Flecken und Pusteln. Mattigkeit.

11./III. Fortwährend ab und zu neue Eruptionen von grösseren Papeln und Pusteln, besonders im Gesichte.

19/III. T. 38·7—38·4. Dicht stehende Papeln und excoriirte Stellen im Gesichte, an den Ohren, auf der Brust und dem Rücken.

21./III. T. 39·0—39·3. Heute sieht man einige kleine, erhabene, bläulich-rothe Flecken auf den Händen und dem untersten Theil der Unterarme.

23./III. T. 39·4—39·3. Stärker hervortretende erythematöse Flecken im Gesichte. Steifigkeit und Dedolationen im Körper.

Die Temperatur hält sich jetzt eine Woche lang ungefähr normal, das Befinden bessert sich und die erythematösen Flecken im Gesichte und auf den Händen werden blasser.

10./IV. T. 39·0—37·3. Wieder Fieber, aber diesmal ist das Fieber nur von einer spärlichen Eruption von kleinen, zum Theil confluirenden erythematösen Flecken im Gesichte begleitet.

13./IV. T. 40·3—39·3. Es haben sich Schuppen zum Theil von gelblichem fettigen Aussehen auf einzelnen der Flecken im Gesichte gebildet, theilweise auch auf den Flecken an den Fingern und dem Rücken, wo dieselben zu grösseren desquamirenden Gruppen zusammengehäuft vorkommen. — Viele der früheren Efflorescenzen auf der Brust, dem Rücken und den Schultern sind verschwunden und haben kleine, ein wenig deprimirte Narben zurückgelassen.

16./IV. T. 36·3—36·7. Das Exanthem im Ganzen bedeutend abgeblasst und die Schuppen verschwunden. Noch einige Mattigkeit.

25./IV. T. 39·5—40·5. Gestern trat wieder Frost ein mit nachfolgender Hitze, die noch fortdauert. Diarrhoe. Die Haut über dem Nasenrücken, besonders rechts, und auf der linken Seite der Nasenspitze, gespannt, bläulichroth.

26./IV. T. 39·3—39·0. P. 128. Rückenschmerzen. Der Ausschlag auf den Wangen lebhaft roth, ebenso die alten Flecke auf den Handrücken und den Fingern.

27./IV. T. 39·0—39·0. Die starke Hyperämie des Gesichtes dauert fort.

29./IV. T. 38·4—38·9. P. 124. Gestern Abend Schmerzen in der linken Seite und im linken Schultergelenke, das auch heute schmerzhaft ist, besonders bei Bewegung. Der Ausschlag auf den Wangen wieder stärker hervortretend, aus etwas erhabenen, stark rothen Flecken bestehend. Ueber der hinteren Fläche der linken Lunge hört man Sibili und Ronchi. Keine Dämpfung.

4./V. T. 37·0—37·8. P. 96. Der Ausschlag im Gesichte wieder viel blasser.

Der Zustand ist jetzt eine Zeit lang ganz gut mit verhältnissmässig wenig erhöhter Temperatur und entsprechend leichten Ausbrüchen des Exanthems. Dasselbe besteht jetzt hauptsächlich in kleinen, lebhaft rothen, zum Theil schuppenden Flecken auf der Nase, den Wangen und den Fingern. Wenn aber die Temperatur mitunter steigt und sich, wie gewöhnlich, Gliederschmerzen auch dabei einfinden, treten gern auch einige Pusteln auf.

Vom 25./VI. wird aber eine neue Fase der Krankheit eingeleitet, indem mehr und mehr das von Kaposi entworfene Bild seines Lupus eryth. disseminatus sich geltend macht.

An diesem Tage ist nämlich angeführt: T. 37·0—38·0. Seit gestern ist ein über der Nase und den Wangen, sowie über dem rechten Ohre verbreitetes diffuses Erythem zu beobachten.

26./VI. Oedem unter den Augen.

27./VI. T. 37·8—38·6. Das Erythem breitet sich weiter und ist stärker hervortretend. Auf der linken Wange und der Oberlippe sieht man auch kleine Pusteln, auf den Händen und Fingern starke rothe Flecke, zum Theil mit kleinen Blasen in der Mitte versehen.

28./VI. T. 38·0—39·0. Das Erythem geht fortwährend weiter auch gegen das Kinn und ist zum Theil mit kleinen confluirenden Pusteln und Krusten bedeckt. Auf der Stirn und der Oberlippe dagegen sieht man getrennt stehende, röthliche, etwas infiltrirte Flecke, zum Theil in der Mitte mit kleinen Schuppen und Krusten bedeckt. Auch die Eruptionen an den Händen floriren, die alten Flecke erweitern sich und neue tauchen auf.

30./VI. T. 38·8—39·1. Immer neue Flecke, sowohl auf der Pars capillata wie auf den Händen, besonders der Volarfläche derselben. Jetzt sind auch die Ohren vom Erythem angegriffen und dabei mit Pusteln und Krusten bedeckt. Starkes Brennen im Gesichte. Appl.: Wasserumschläge.

7./VII. T. 38·0—38·4. Gestern wieder Kopfweh. Schlaflosigkeit trotz Morphium. Rubor und Anschwellung des Gesichtes unverändert. Hie und da Desquamation der infiltrirten Partien, welche mittelst einer erhabenen Randzone scharf begrenzt sind.

10./VII. Steifigkeit der Digito-Metacorpalgelenke.

11./VII. Wieder Erbrechen und Diarrhoe. Kopfweh.

12./VII. T. 37·0—37·7. Befinden besser. Röthe und Oedem des Gesichtes bedeutend nachgelassen.

18./VII. T. 40·0—39·0. Gestern Abend wieder Frostanfall mit nachfolgender Hitze.

19./VII. T. 39·6—39·0. Schlaflos. Liegt unruhig und zitternd wie im Fieberfrost. Schmerzen und Steifigkeit der Extremitäten.

22./VII. T. 37·7—37·1. Der Ausschlag hat sich schon vor mehreren Tagen zu den beiden Fusssohlen verbreitet. Man sieht daselbst zum Theil schuppende rothe Flecke, zum Theil einzelne zusammengefallene entleerte Blasen und auch dunkelrothe erhabene Flecke, wo die Röthe nicht für den Fingerdruck schwindet.

Ganz ähnliche Flecke finden sich auch auf den beiden Vorderarmen vor. — Befinden doch in den letzten Tagen besser. Am 26. war Pat. sogar ein wenig aus dem Bette. Aber am folgenden Tage stieg wieder die Temperatur, es trat Erbrechen ein, und am 28. sind Aufstösse, Uebelsein und Schmerzen im Unterleibe angeführt. — Am 31. Juli Abends befand sie sich sehr schlecht: Temp. 37·5, Frösteln, die Zunge und die Hände zitternd. Cardialgie, Uebelsein. Der Rücken und die Extremitäten fühlen sich wie zerschlagen.

4./VIII. T. 38·8—38·1. Der Ausschlag an den Fusssohlen greift mehr und mehr um sich. An mehreren Stellen sieht man bis bohnengrosse pusgefüllte Blasen, von einer bläulich-rothen Zone umgeben, die nicht ganz unter Fingerdruck schwinden. Auf den Lippen Pustelchen mit dicken gelben Schorfen bedeckt. Die Flecke auf den Vorderarmen und Händen sind dunkler und mehr erhaben geworden und tragen zum Theil in der Mitte einen kleinen Pusfocus. In der Mitte dieser Plaques schwindet auch nicht die Röthe beim Drücken.

In der letzten Zeit hustet sie ohne Expectorat. Bei der physikalischen Untersuchung findet man über der linken Lungenspitze Dämpfung, rauhe Inspiration und verlängertes Exspirium.

9./VIII. T. 38·2—38·9. Der Ausschlag hat sich noch weiter entwickelt mit zahlreichen neuen Flecken von dunkelrother Farbe und mit einer Blase in der Mitte versehen. Auf den grösseren Flecken sieht man zum Theil dunkle blutige Krusten, zum Theil Bullae, die grösstentheils geborsten sind. Auf den Fusssohlen finden sich grössere hämorrhagische Flecke mit grossen Blasen besetzt, die zum Theil von mehreren kleineren Bullae zusammengesetzt sind.

12./VIII. T. 37·8—39·0. Der Ausschlag greift fortwährend um sich. An den Fusssohlen sind die Bullae zu sehr grossen Blasen zusammengeflossen. Blutgefärbte Krusten decken die Lippen, die Wangen und die Hände. Die Krusten sind von einer dunklen Röthe umgeben, die nicht für den Fingerdruck schwindet. Zunge trocken,

weisslich belegt. Fortwährend Husten ohne Expectorat. Physikalisch dasselbe Resultat wie früher. Im Urin nur Spuren von Albumin.

21./VIII. T. 38·5—39·8. P. 120. Der Ausschlag fortwährend im Zunehmen begriffen. Es haben sich mehrere neue Bullae auf den oberen Extremitäten, auf der Vorderfläche der Brust und auf den Nates gebildet. An den Waden eine Eruption von hanfkorngrossen Pustelchen und grösseren Flecken ohne Pustelbildung. Zunge belegt, trocken, schorfig. Husten stärker, aber fortwährend ohne Expectorat.

Noch am 25./VIII. war die Temperatur 40·0—39·5.

Am 27./VIII. ist notirt: Temp. 37·2—36·5. Pat. ist während der letzten Tagen soporös geworden, zum Theil mit Delirien. Ist heute nicht mehr bei Bewusstsein. Sie starb am folgenden Tage um 5 Uhr Morgens.

Sectionsbefund: Tuberculosis pulmonum et lienis. Degeneratio caseosa glandularum retroperitonealium. Degeneratio adiposa cordis.

Die Bedeutung dieser Krankengeschichte in der hier in dieser Arbeit beschriebenen Kette von tuberculösen Toxidermien ist schon angedeutet. Hier sei nur noch darauf hingewiesen, wie die Temperatursteigerungen und die Hauteruptionen in der Regel in auffallender Weise Hand in Hand mit einander gehen.

Dann theile ich einige kurzgefasste Notizen über Fälle der reinen „Disseminatus-Form" (Folliclis), wieder aus meiner privaten Praxis, mit.

IV. Fall. A. B., stud. jur., 20½ Jahre, stellte sich zum ersten Male am 4. März 1885 vor. Pat. zeigte eine Reihe angeschwollener Drüsen auf dem Halse und Trübungen der Cornea nach Keratitiden in der Kindheit. Er war offenbar seit der Kindheit durch und durch scrofulo-tuberculös gewesen.

Man konnte jetzt dem Ulnarrande der beiden Unterarme entlang einige hanfkorn- bis erbsengrosse, schon etwas eingesunkene und applanirte Papeln von hellröthlicher Farbe und mit einer kleinen Schuppe bedeckt beobachten. Wenn letztere entfernt wurde, sah man, dass sie in der Mitte der Papel eine zapfenförmige Verlängerung in die Tiefe schickte. Um die Handgelenke kamen bis erbsengrosse Efflorescenzen vor, die mit einem kleinen Schorf bedeckt waren und unter demselben einen kleinen Pusfocus enthielten. Auch an den äusseren und hinteren Flächen der Oberschenkel und am untersten Theil der Waden fanden sich ähnliche, ziemlich grosse, mit Schorfen bedeckte und Pus enthaltende Efflorescenzen vor, wie sie auch zerstreut auf dem Trunkus vorkamen.

Auf den Rändern der Ohrmuscheln sah man ähnliche Pus enthaltende Papeln und ausserdem zahlreiche Narben nach früheren Efflorescenzen, die nach den Angaben des Patienten durch mehrere Jahre schon vorgekommen waren. Der jetzige Ausbruch hatte ungefähr einen Monat gedauert.

Am 13./III. 1885 ist notirt: Auf der linken Hand ist seit dem vorigen Besuche eine neue, mehr wie hanfkorngrosse Papel aufgetaucht, deren Peripherie lebhaft roth ist, die aber in der Mitte eine hellere, mehr durchschimmernde Partie zeigt, die einer tiefsitzenden Vesikel ähnlich ist. Mehrere der alten Efflorescenzen, die hier früher einen kleinen Pusfocus enthielten, sind jetzt mit Schorfen bedeckt und kraterförmig eingesunken. Um beide Ellenbogen herum konnte eine Menge sehr kleiner Papeln beobachtet werden, von denen einige ein Härchen in der Mitte zeigten und somit eine grosse Aehnlichkeit mit den Papeln eines Lichen scrofulosorum darboten. Es wurde ihm Sulphidum calcicum in Pillenform verordnet, da ich schon damals davon überzeugt war, dass seine Hautkrankheit mit seinem scrofulo-tuberculösen Zustande in Verbindung stand, und ich damals noch nicht die oben erwähnte Erfahrung bezüglich des genannten Mittels gemacht hatte. — Am 9./IV. war die Hautkrankheit im raschen Abnehmen, wenn die Region über den Nates ausgenommen wird, und es bildeten sich jetzt überall eine Menge kleiner, seicht vertiefter Narben.

Am 28./IV. wurden wieder einzelne neue, lebhaft rothe Papeln auf den beiden Handrücken beobachtet. — 19./V. Die Krankheit schwindet mehr und mehr; die Narben nach den grossen, pustulösen Efflorescenzen sind zum Theil noch bläulich, zum Theil schon bräunlich pigmentirt. — Am 12./VI. war die Hautaffection vollständig verschwunden. Pat. hörte mit dem Sulphidum calcicum auf und reiste in seine Heimat auf dem Lande ab.

Ein Jahr später, am 5./VI. 1886, ist notirt: Pat. hat seit den Weihnachten auf meinen Rath Leberthran genommen und ist vielleicht in Folge dessen von Ausbrüchen verschont gewesen bis vor einem Monat, als einzelne Efflorescenzen auf den Handgelenken und Handrücken auftraten. Hier sieht man auch schon einige ganz neue, etwas prominirende Narbenbildungen, in deren Mitte noch einige in die Tiefe dringende Epidermiszäpfchen stecken.

Wieder anderthalb Jahre später, am 3./XII. 1887, habe ich notirt: Letztes Frühjahr bemerkte Pat. nur eine einzige Efflorescenz am rechten Handgelenke, nachdem er das ganze Frühjahr hindurch Leberthran genommen hatte. — Am 4./III. 1889 war Patient zum letzten Mal bei mir. Er hatte dieses Jahr nicht Leberthran angewendet und man konnte jetzt wieder auf den Handrücken, den Fingern und den Ohren einzelne charakteristische Papeln wahrnehmen, von welchen namentlich eine mit der beschriebenen durchschimmernden Partie in der Mitte versehen war. Repet. Leberthran.

Wir sehen also in diesem Falle bei einem scrophulo-tuberculösen jungen Manne die hier besprochene Krankheitsform in ihrer reinsten Form, nur dass gelegentlich auf den Ellenbogen sich kleine Papeln vorfanden, die in dem Grade an einem Lichen scrophulosorum erinnerten, dass die nahe Verwandtschaft mit dieser Affection unverkennbar schien.

Die ziemlich deutliche günstige Wirkung des Leberthran in diesem Falle ist auch werth bemerkt zu werden.

V. Fall. Hr. H., Pfarrer, 42 Jahre alt, consultirte mich wegen seiner Hautkrankheit im Jahre 1887. Als Kind hatte er an sehr langwierigen Drüseneiterungen auf dem Halse gelitten, nach welchen eine grosse tiefe Narbe zu sehen war. Die jetzige Krankheit war erst mit dem 23. Jahre aufgetreten, und zwar an den Ohren, wo seitdem häufige Eruptionen stattgefunden hatten. Auf den Händen hatte die Krankheit sich erst vor 4 bis 5 Wochen geäussert.

Man konnte, als er sich vorstellte, eine Menge von charakteristischen „Disseminatus-Efflorescenzen" mit und ohne Pusfoci auf den Vorderarmen, besonders der Ulna entlang, wie auch auf den Händen beobachten, ausserdem kamen einzelne Papulo-Pusteln auf den Füssen und den Ohren vor. Im Jahre 1889 stellte er sich wieder vor, und man sah jetzt zahlreiche, lebhaft rothe Papeln auf den Händen, sowohl in den Handflächen wie auf den Handrücken und auch an dem untersten Theil der Unterarme. Man fand Efflorescenzen in den verschiedensten Entwickelungsstadien vor. Die jüngsten fühlten sich wie ziemlich feste, etwas ödematöse Knoten an, die noch ziemlich tief in der Haut sassen. Andere hatten schon die Oberfläche erreicht und zeigten die auf diesem Stadium so oft vorkommende durchschimmernde Partie in der Mitte, während noch andere schon einzusinken angefangen hatten und zum Theil von einer Schuppe, zum Theil von einem Schorf bedeckt waren. Diese zeigten sich, wenn man sie entfernen wollte, ziemlich tief in der Haut steckend. Ausserdem konnten sehr zahlreiche punktfömige weissliche Narben nach früheren Eruptionen wahrgenommen werden.

Auch in diesem Falle ist die Scrophulo-Tuberculose von der frühen Kindheit ab zugegen, und erst im Alter von 23 Jahren bricht der Ausschlag hervor. Der Patient lebt noch, jetzt 52 Jahre alt, und ist recht gesund. In dieser Krankengeschichte wie in einer der Krankengeschichten meiner früheren Arbeit vom Jahre 1880 ist das erste Auftreten der Efflorescenzen als Knoten tiefer in der Haut und ihr successives Aufsteigen gegen die Oberfläche erwähnt worden, ein Verhältniss, das ganz besonders auch in den französischen Mittheilungen über die Erkrankung hervorgehoben wird.

Die Eigenthümlichkeit der in diesem Falle erwähnten „zahlreichen, punktförmigen, weisslichen Narben" werde ich noch einmal hervorheben. Sie sind in der That so charakteristisch, dass eine retrospective Diagnose selbst Jahr-

zehnte, nachdem die Krankheit abgelaufen ist, sehr gut möglich ist. Schon in meiner ersten Arbeit ist ein solcher retrospectiv diagnosticirter Fall erwähnt worden (l. c. p. 23), und auch im Jahre 1888 habe ich eine solche retrospective Diagnose bei einem 25jährigen Fräulein stellen können, das ihre Krankheit 10 Jahre früher gehabt hatte und mich jetzt wegen grosser tuberculöser Drüsentumoren auf dem Halse consultirte. Auch Tenneson und Collegen erwähnen dies in ihrer Arbeit vom vorigen Jahre.

VI. Fall. Fräulein U., 22 Jahre, litt in der Kindheit an Keratitiden, die Flecken auf der Cornea hinterlassen haben. Mit dem 17. Jahre fingen Drüsentumoren auf dem Halse an sich zu entwickeln. Vor 5 Jahren wurde eine ganze Menge von diesen angeschwollenen Drüsen auf der linken Seite des Halses operativ entfernt. Nichtsdestoweniger fanden sich hier wie in der linken Fossa supraclavicularis sinistra bei ihrem ersten Besuche bei mir zahlreiche Drüsentumoren vor. Erst vor einem Jahre traten rothe, hanfkorngrosse Papeln und Knoten an den Ohren, Händen, Fingern, Füssen und auf dem untersten Theil der Unterschenkel auf.

Einige dieser Efflorescenzen gingen, nach ihrer eigenen Beschreibung, in Suppuration über und haben zahlreiche charakteristische Narben auf den genannten Localitäten hinter sich gelassen.

Am 1./XII. 1892 stellte sie sich zum ersten Male bei mir vor mit einzelnen bläulich-rothen Papeln auf den Ohren und am 4./I. 1893 mit einigen kleinen Papeln auf den Händen, Fingern und Füssen, während der Ausschlag auf den Ohren mittlerweile unter Anwendung einer Bleiwasserpaste geschwunden war. Im Frühjahre desselben Jahres hatte sie wiederholt leichte Eruptionen an den genannten Localitäten.

9./XI. 1893. Es sind im Laufe des letzten Monats eine Menge von neuen hanfkorn- bis erbsengrossen Efflorescenzen zum Vorschein gekommen. Sie finden sich besonders an den Händen und Füssen, am zahlreichsten dem äusseren Fussrande entlang, wie auf der Dorsalfläche und den Rändern der Finger. Mehr zerstreut kommen sie höher an den Extremitäten, bis oberhalb der Kniee und den Ellbogen, vor. Die jüngsten Efflorescenzen sitzen noch tief in der Haut, sind mehr ödematös und noch von gelb-röthlicher Farbe. Wenn sie aber die Oberfläche erreicht haben, bildet sich ein kleines Stigma in der Mitte derselben, sie sinken wieder ein und stossen zuletzt eine kleine Schuppe ab. An den grössten Efflorescenzen bildet sich ein kleiner Schorf in der Mitte, der zuletzt herausfällt und eine kleine Narbe hinterlässt. Es wurde Eisen und Leberthran verordnet.

27./XI. Neue Eruptionen auf den Vorderarmen von ziemlich grossen, durchgehend erbsengrossen, stark erhabenen, bläulich-rothen Efflorescenzen, von welchen eine einzelne über dem Capitulum ulnae

einen deutlichen necrotischen Focus in der Mitte darbietet. An den Handflächen sieht man ein paar hanfkorngrosse Efflorescenzen von hellerer Farbe. An den Füssen sieht man eine Menge Efflorescenzen und ganz besonders zahlreich dem äusseren Fussrande entlang. Die Papeln sind hier gespannt, glänzend, heller, wie durchschimmernd in der Mitte. An den Fusssohlen einzelne hanfkorngrosse Efflorescenzen, die im Ganzen von hellerer Farbe sind, ganz wie an den Handflächen. Auf den Waden bis zu den Knien hinauf sieht man jetzt zerstreute, erbsen- bis bohnengrosse, stark infiltrirte Papeln oder papulöse Elevationen zum Theil mit, zum Theil ohne necrotische Foci in der Mitte. Auf der linken Wade findet man auch einen subcutanen, bohnengrossen Knoten, über welchem die Haut kaum decolorirt ist, und welcher somit beinahe das Bild einer „gomme scrofuleuse“ darbietet. Unter der Anwendung von Bleiwasserumschlägen während der Nacht schwanden nach und nach alle diese Symptome.

5./VII. 1894 stellte sie sich wieder vor mit neuen, aber spärlichen Eruptionen auf der hinteren Fläche der Waden, auf den Händen und den Fingern und an den Ohren. Es findet sich ausserdem noch ein stark angeschwollener Drüsentumor auf dem Halse. — Ich habe sie seitdem wiederholt gesehen, zum letzten Male im Spätjahre 1896; sie ist doch beinahe ganz von ihrer Hautkrankheit befreit gewesen.

Wir haben also hier wieder dasselbe ausgeprägte Krankheitsbild bei einer durch und durch scrophulo-tuberculösen Person. Wie man gesehen hat, ist die Nekrose in der Mitte einzelner Efflorescenzen auch in dieser Krankengeschichte wiederholt hervorgehoben.

VII. Fall. Frau H. N., 39 Jahre, stellte sich zum ersten Male am 13./XI. 1894 vor. Sie gehört einer durch und durch scrofulo-tuberculösen Familie an. Ihre Mutter wurde seinerzeit wegen Drüsentumoren operirt und starb „wahrscheinlich“ an einer tuberculösen Geschwulst im Gehirn. Die Schwester der Pat. habe ich wegen grosser tuberculöser Drüsentumoren behandelt, und dieselbe Schwester hatte ausserdem an scrofulo-tuberculösen Augenleiden in der Kindheit gelitten. Auch eine ältere Schwester, die gestorben ist, hatte grosse Drüsentumoren auf dem Halse.

Bei der Patientin selbst fingen ebenfalls vor 3 Jahren Drüsentumoren auf dem Halse sich zu entwickeln an, die fortwährend da sind.

Die Hautkrankheit trat erst vor 2 Jahren auf, und zwar zuerst an den Fingern, besonders auf dem dritten und vierten Finger der linken Hand, weniger hervortretend auf den entsprechenden Fingern der rechten Hand und ungefähr gleichzeitig auch an den beiden Ohren. Die Krankheit kam jeden Winter wieder und schwand wieder jedes Frühjahr. Letzten Winter trat sie doch nur spurweise auf. Diesmal brach der Ausschlag vor zwei Monaten wieder auf den Fingern aus, und man sieht jetzt zahlreiche Papeln auf der Dorsalfläche von sämmtlichen Fingern beider Hände und mehr zerstreute Papeln auf den Hand-

rücken und der Dorsalfläche der Vorderarme. Die Efflorescenzen sind durchschnittlich hanfkorngross. Die jüngsten bieten eine gewölbte Oberfläche dar und sind hell durchschimmernd in der Mitte. Die etwas älteren Efflorescenzen zeigen eine seichte Einsenkung mit einem kleinen Schorf oder einem Epidermiszäpfchen in der Mitte. Einige solche Papeln finden sich auch hinter den Ohren und eine einzelne auf dem Halse. — Es wurde Eisenchinin-Wein und Leberthran innerlich und Bor-Bleiwasser als Umschläge um die Hände verordnet.

4./XII. 1894. Fortwährend Eruptionen von neuen Papeln von derselben Beschaffenheit. Die beiden Kleinfinger sind ausserdem jetzt ganz dick geschwollen und roth wie bei einer Pernio. An der Radialseite des rechten Zeigefingers ist eben jetzt ein mehr wie erbsengrosser, compacter, ödematöser Knoten in Entwickelung begriffen. Sie klagt ausserdem über heftige neuralgische Schmerzen in dem dritten und vierten Finger der rechten Hand. — 21./XII. 1894. Der erwähnte Knoten an dem rechten Zeigefinger ist zwar viel kleiner geworden, aber doch fortwährend zugegen. Der Ausschlag geht doch im Ganzen unter der Anwendung der Bor-Bleiwasserumschläge rasch zurück. — Am 1./VII. 1895 fanden sich nur ein paar charakteristische Papeln mit einem kleinen Schorf in der Mitte auf dem rechten Handrücken und einzelne ähnliche Papeln hinter den Ohren.

Die Krankheit kommt hier bei einer Frau vor, deren Mutter und zwei Schwestern ebenso wie sie selbst scrophulotuberculös sind, und dieses Verhältniss, dass beinahe die ganze Familie, oder wenigstens mehrere Mitglieder derselben, tuberculös inficirt ist, kommt bei Personen, die überhaupt an Lupus erythematosus leiden, gar nicht selten vor. Dies ist seinerzeit namentlich von Jonathan Hutchinson pointirt worden.

VIII. Fall. Anna G., 13 Jahre, wurde zum ersten Mal im April 1893 zu mir gebracht wegen ziemlich grosser, entstellender Drüsentumoren auf dem Halse und wegen eines scrofulösen Ekzems der Nasenlöcher, und sie hat mich seitdem häufig consultirt wegen ihrer durch und durch scrofulo-tuberculösen Constitution, zum letzten Mal in diesem Jahre. Bei einer Consultation im Jahre 1895 fiel es mir ein, nachzufragen, ob sie etwa an irgend einem Ausschlage an den bedeckten Theilen der Haut leiden sollte. Sie bejahte sofort meine Frage und zeigte mir an den äusseren und hinteren Flächen der beiden Waden eine ganze Menge von typischen „Disseminatus-Papeln“. Mehrere dieser Efflorescenzen, die zwar hauptsächlich abgelaufen, aber noch nicht vollständig geheilt waren, hatten ziemlich tiefe Substanzverluste in der Haut hervorgebracht. Sie erzählte jetzt, dass sie schon durch Jahre an ähnlichen Eruptionen, besonders an den Waden, gelitten habe. Als ich sie zum letzten Male am 1./II. 1897 sah, waren keine neuen Efflorescenzen zu sehen, aber dagegen

zahlreiche, hanfkorn- bis erbsengrosse weisse Narben auf den Waden, einzelne auch auf den Vorderarmen sowie an den Ohren.

In diesem Falle wie im Falle I war es also nicht die Hautkrankheit, sondern die Tuberculose selbst, welche den Patienten veranlasste, ärztliche Hilfe zu suchen.

IX. Fall. Frau H., 30 Jahre, consultirte mich am 8. Jänner 1897. Ihre Mutter war an Phthisis pulmonum gestorben. Selbst hatte sie eine Reihe von geschwollenen Drüsen auf der rechten Seite des Halses, und ihr ganzes Aussehen liess fürchten, dass das Schicksal der Mutter auch das ihrige werden könne. — Man sah jetzt einzelne typische „Disseminatus-Papeln" unterhalb dem Ellbogen der Ulna entlang und daselbst auch eine Menge kleiner charakteristischer Narben nach früheren Eruptionen. Aber ganz besonders fand man, symmetrisch verbreitet, über der Sacralregion, den beiden Nates und den Hüften, sowie über der äusseren Fläche der beiden Oberschenkel eine überaus reichliche Eruption von sehr dicht stehenden, nadelkopf- bis hanfkorngrossen, leicht erhabenen Efflorescenzen, die meisten mit einem kleinen Pusfocus in der Spitze und augenscheinlich für einen grossen Theil den Haarfollikelmündungen entsprechend, so dass sie kleinen Aknepusteln sehr ähnlich waren. — Sie berichtete, dass der Ausschlag vor ungefähr einem Jahre sich eingefunden hatte und damals, ausser an den Vorderarmen und den Ohren, sehr reichlich am Unterleibe aufgetreten war. Als ich sie zum letzten Mal am 16./III. 1897 sah, war der Ausschlag unter Anwendung von Eisen und Leberthran innerlich und von einem Bleiwasserliniment äusserlich grösstentheils geschwunden. Bei der Untersuchung der Lungen konnte noch keine Phthise nachgewiesen werden.

Was in diesem Falle speciell bemerkt werden konnte, ist der meistens sehr oberflächliche Sitz der Efflorescenzen in der Haut und die zum Theil dadurch bewirkte grosse Aehnlichkeit der kleinen, oft etwas zugespitzten Efflorescenzen mit kleinen Aknepusteln. Die Aehnlichkeit wird natürlich auch dadurch noch grösser, dass viele Efflorescenzen sich hier speciell um den Haartalgfollikel gebildet haben. Dies ist doch meiner Meinung nach kein hinlänglicher Grund, um, wie man von anderer Seite geneigt scheint, eine besondere Form aufzustellen. Die gewöhnlichen tieferen Efflorescenzformen kommen ja beinahe immer gleichzeitig vor (cfr. Fall XII). Die Localisation des Exanthems war hier auch nicht die gewöhnlichste, obschon meine Fälle vom Jahre 1880 und mehrere der französischen Fälle zeigen, dass der Ausschlag überall auf dem Körper vorkommen kann.

Der folgende schwere Fall der Krankheit ist im Laufe der Jahre 1889—93 dreimal in der dermatologischen Universitäts-Klinik behandelt worden. Aus den daselbst geführten Journalen theile ich hier folgende Auszüge mit:

X. Fall. Agnes Larsen. 12 Jahre, Arbeiterstochter, kam zum ersten Mal am 15. März 1889 in die Hautabtheilung des Hospitals hinein. — Ihr Vater war gesund, aber die Mutter war immer etwas kränklich gewesen. Von sieben Geschwistern waren zwei an Diphtherie gestorben, die fünf anderen immer gesund gewesen. Es war auch sonst nichts von Tuberculose in der Familie bekannt.

Die Patientin selbst war immer kränklich gewesen. Als kleines Kind hatte sie an Rachitis und später an scrofulösen Erkrankungen der Augen und der Nase gelitten.

Status präsens: Die Patientin ist für ihr Alter wenig entwickelt, schwach gebaut und ausgesprochen scrofulo-tuberculös. Auf der linken Seite des Halses, von der Clavicula bis zu dem Ohre hinauf, sieht und fühlt man eine Reihe von grösseren und kleineren, zum Theil so stark angeschwollenen Drüsen, dass der Hals dabei sogar ganz difform ist. Einige geschwollene Drüsen fühlt man auch in den Weichen. Auf der rechten Cornea findet man einen weissen streifenförmigen Fleck nach einer Augenkrankheit in der frühen Kindheit.

Pat. bietet ein über dem Gesicht und den Extremitäten verbreitetes, aus hirsekorn- bis linsengrossen Papeln bestehendes Exanthem dar. Ziemlich gross sind die Papeln um die Handgelenke, kleiner, aber sehr zahlreich sind sie an den Streckseiten der Arme. Auf den Handrücken und in den Handflächen sieht man nur einzelne Efflorescenzen.

Im Gesichte, wo das Exanthem besonders über der Nase und den Wangen vorkommt, erinnert dasselbe sehr an eine Akne, da die Papeln hier Spuren einer Pustelbildung zeigen, die später zu einem gelblichen Schorf eintrocknet.

Auf den Unterschenkeln und den Fussrücken sieht man grössere Efflorescenzen von mehr bläulicher Farbe, aber sonst wesentlich von demselben Charakter. Die grössten Efflorescenzen vorne auf dem Fussrücken, welche von einem kleinen olivengefärbten Schorf in der Mitte bedeckt sind, bieten grosse Aehnlichkeit mit einem Frostknoten dar. Man kann übrigens verschiedene Entwickelungsstadien der Efflorescenzen verfolgen. Die jüngsten bilden frische rothe Papeln mit einer helleren Partie in der Mitte. Auf der Spitze der etwas älteren Papeln nimmt oft diese hellere Partie beinahe das Aussehen einer Pustel an, indem die Farbe eine weissgelbe Nuance zeigt. Auf einem noch mehr vorgeschrittenen Stadium fangen die Efflorescenzen an in der Mitte einzusinken, und es bildet sich hier je nachdem entweder eine kleine Kruste, oder die Schuppe, die sich über der ganzen, jetzt erblassten und ein-

gesunkenen Papel bildet, schickt hier ein Epidermiszäpfchen in die Tiefe. Wenn diese Schuppe zuletzt sich ablöst, sieht man in jedem Falle einen kleinen Substanzverlust oder eine kleine Narbe, die anfangs sich roth hält um später ganz weiss zu werden und ein recht charakteristisches Aussehen anzunehmen.

Hist. morbi: Die Krankheit ist December 1888 zuerst an den Füssen ohne merkbare Prodrome aufgetreten und wurde als „Frost" aufgefasst. Dann trat der Ausschlag auf den Oberarmen und im Gesicht auf. Von den Füssen breitete das Exanthem sich weiter über die Unterschenkel hinauf und von den Oberarmen auf die Vorderme und die Hände herunteraus. Während einige Efflorescenzen sich involvirten und schwanden, tauchten immer neue wieder auf.

Es wurde Leberthran mit Eisentropfen und warme Bäder jeden Tag verordnet.

Unter dieser Behandlung gieng der Ausschlag ziemlich schnell im Ganzen zurück. Am 11./IV. ist doch notirt: Fortwährend tauchen sowohl an den oberen wie den unteren Extremitäten vereinzelte neue Papeln auf. Einzelne der älteren Efflorescenzen haben, nachdem der gebildete Schorf durch Salbenumschläge wegmacerirt ist, ziemlich tiefe, wie ausgehauene, mitunter sogar unterminirte hanfkorngrosse Ulcerationen zurück gelassen. — 1./V. Auch an den Nates haben sich in der letzten Zeit mehrere neue Papeln gebildet. Nachdem aber am 11./V. Bleiwasserumschläge um die Hände und die Arme applicirt waren, hörten die Ausbrüche nach und nach auf, und am 8./VI. 1889 wurde sie bedeutend gebessert entlassen, um sich noch weiter durch einen Aufenthalt auf dem Lande zu erholen.

Die zwei folgenden Winter äusserte die Krankheit sich nur mit ganz kleinen Papeln, während Pat. im Sommer vollständig frei war. Aber October 1891 fing die Krankheit von neuem an, und am 2. December 1891 kam die Patientin zum zweiten Mal in das Hospital hinein.

Der Zustand ist diesmal vom fungirenden Praktikanten folgendermassen beschrieben: An beiden Seiten des Halses, besonders doch auf der linken Seite, finden sich Reihen von geschwollenen Drüsen vor.

Auf den beiden Armen, besonders auf den Streckseiten der Unterarme, sieht man ein Exanthem, aus zerstreuten, hanfkorn- bis linsengrossen Papeln bestehend, welche sich auf verschiedenen Entwickelungsstadien befinden. Die Papeln sind in der Peripherie dunkel- oder gar bläulich-roth, während die Mitte namentlich der jüngeren Efflorescenzen dagegen hell, bläulich-weiss, halb durchschimmernd ist. Einige Papeln sind doch mehr gelblich in der Mitte, indem die gespannte dünne Epidermisdecke hier einen Pusfocus zu überdecken scheint. An wieder andern Papeln ist die Centralpartie geradezu suppurirend und mit einem eingesunkenen Schorf bedeckt, während man an einigen einen trichterförmigen Substanzverlust in der Mitte beobachtet. Einige Papeln scheinen doch auch ohne Substanzverlust sich involviren zu können. —

Zwischen den hier beschriebenen Efflorescenzen auf den Handrücken und den Fingern sieht man ausserdem zahlreiche, punktförmige bis linsengrosse weisse Narben, die etwas unter dem Niveau der Haut liegen. Die grösseren dieser Narben zeigen ebenfalls eine sehr scharfe Grenze und sind wie mit einem Locheisen ausgehauen.

An der unteren Hälfte der Unterschenkel, besonders auf der hinteren Fläche derselben, der Achillessehne entlang, sieht man dunkelrothe, tief infiltrirte, bohnen- bis taubeneigrosse Plaques mit einer bläulich decolorirten Partie in der Mitte, über welcher die Epidermis zum Theil durch ein spärliches seröses Exsudat abgelöst ist. An einem Plaque auf dem linken Unterschenkel ist diese bläuliche Centralpartie wie mumificirt und eingesunken. Einzelne dieser Infiltrate an den Waden fühlt man noch ziemlich tief im subcutanen Gewebe, ohne dass die Haut darüber noch irgend eine Veränderung zeigt. An einem der Infiltrate hinten auf der rechten Wade ist die necrotische Partie schon ausgestossen und hat einen grossen, tiefen, schlaff aussehenden, noch unreinen Substanzverlust hinter sich gelassen. Auch auf den Unterschenkeln sieht man übrigens ähnliche Papeln und punktförmige Narben wie an den oberen Extremitäten. Dasselbe gilt auch für die Nates. Ueber den beiden Fussrücken, die etwas ödematös und blass sind, finden sich gegen den äusseren Fussrand hin ähnliche Infiltrationen wie auf den Unterschenkeln. Diese Infiltrate fühlt man zum Theil noch tief in der Haut, zum Theil nähern sie sich schon der Oberfläche. Sämmtliche Infiltrate und Knoten sind etwas empfindlich. — Die Patientin beschreibt übrigens auch selbst, wie sie, als die Krankheit diesmal sich zu äussern anfing, zuert die Knoten tief unten in der Haut spürte, und wie dieselben dann nach und nach sich der Oberfläche näherten, indem die Haut schliesslich roth oder bläulich-roth wurde.

Es wurde wieder Leberthran innerlich und Bleiwasserumschläge um die beiden Unterschenkeln verordnet.

Am 7./XII. 1891 ist notirt: Die erwähnte mumificirte Partie an der hintern Seite der linken Wade ist jetzt unter Anwendung der Umschläge abgestossen und hat eine 1·5 Cm. lange und 1 Cm. breite, scharf ausgehauene, tiefe Ulceration zurückgelassen. Die beschriebenen Infiltrate und Knoten in der Haut haben unter den Umschlägen sich ziemlich rasch zu involviren angefangen.

Während der folgenden $2\frac{1}{2}$ Monaten trotzten nun die genannten, durch die Necrose zu Stande gebrachten, tiefen, ausgehauenen Ulcerationen auf der hinteren Seite der Waden allen Mitteln, die versucht wurden, um sie zum Heilen zu bringen. Sie erweiterten sich vielmehr und wurden grösser. Erst als Umschläge einer $\frac{1}{2}$procentigen Lapislösung angewendet wurden, fing die Heilung an zu Stande zu kommen.

Am 3./V. 1892 wurde die Patientin entlassen und diesmal vorläufig vollständig von ihrer Hautkrankheit befreit.

Im Monat November desselben Jahres traten doch neue Ausbrüche auf den Unterschenkeln auf, indem sich, nach ihrer Beschreibung, grössere empfindliche Knoten tief in der Haut bildeten, welche nach und nach gegen die Oberfläche emporwuchsen und zuletzt bläulich wurden. Es fielen dann, wie früher beschrieben, ganze Hautstücke heraus und es bildeten sich tiefe offene Wunden. Sie spürte keine grossen Schmerzen dabei, so dass sie herumgehen konnte, bis sie am 8. Februar 1893 zum dritten Mal in das Hospital kam. Aus dem diesmal geführten Journal werde ich nur mittheilen, was zur weiteren Charakteristik der Krankheit dienen kann.

Aus dem Status präsens: An der unteren Hälfte der beiden Unterschenkel, besonders auf der hinteren Fläche, aber auch zum Theil auf der Vorderseite derselben, sieht man einige mehr wie erbsengrosse Pusteln und zahlreiche Ulcerationen von verschiedener Grösse und Form. Die kleinsten, von hanfkorn- bis bohnengrossen Ulcerationen sind rund, tief, scharf wie mit einem Locheisen ausgehauen, und der Boden derselben ist mit Pus oder zum Theil mit gangränösen Gewebsresten bedeckt. Die Ränder, die sich wenig über das Niveau der Haut erheben, sind entzündet und unterminirt. Die grösseren Ulcerationen haben einen Diameter von 3 Cm. und sind ebenfalls scharf begrenzt, wie ausgehauen, zeigen aber dabei oft eine mehr ovale oder sogar mitunter nierenähnliche Form. Der ziemlich unebene Boden dieser Ulcerationen ist von pusbelegten Granulationen gebildet. Ihre Ränder sind zum Theil leicht erhaben, entzündet, unterminirt. Quer über ein Paar der grösseren Ulcerationen strecken sich brückenförmig einige unterminirte Hautreste.

Ausserdem zeigen grössere Partien der Haut der Waden ein gänsehautähnliches Aussehen, indem die Haarfollikelmündungen etwas prominent sind und kleine Epidermiszäpfchen enthalten, die sich auspressen lassen (eine Andeutung des Bildes eines Lichen scrofulosorum). — Die Hautsensibilität an den Unterschenkeln zeigt sich bei vorsichtiger Berührung mit einer Nadel eher erhöht wie herabgesetzt; eine wesentliche Sensibilitätsanomalie ist doch nicht vorhanden.

Auf den Handrücken sieht man einige hanfkorngrosse Papeln, die zum Theil mit einem sehr kleinen Pusfocus, zum Theil mit einem Epidermiszäpfchen in der Mitte versehen sind. Die zahlreichen charakteristischen Narben nach früheren Eruptionen fanden sich ausserdem überall.

Um jeden Verdacht einer syphilitischen Infection, welcher durch die Nierenform einzelner Ulcerationen veranlasst werden konnte, zu entwaffnen, wurde sofort eine Jodkaliummixtur (5·00—250·00), ein Esslöffel voll dreimal täglich, verordnet. Das Mittel wurde jedoch am 20./II. wieder seponirt, da gar keine Wirkung von demselben auf die Ulcerationen zu entdecken war.

Es hatten sich sogar während der Anwendung des Jodkaliums mehrere neue hanfkorngrosse, tiefausgehauene oder kraterförmige Ulcerationen gebildet.

Am 1./IV. waren unter Anwendung von Lapisumschlägen beinahe alle Ulcerationen auf den Waden zugeheilt. Es fanden sich doch auch während den folgenden 3 Monaten während des Aufenthaltes im Hospital sowohl an den oberen wie unteren Extremitäten Eruptionen von neuen, kleineren und grösseren Efflorescenzen mit und ohne necrotische Foci ein. — Zwei kleinere Papeln auf dem rechten Vorderarme ohne irgend einen sichtbaren necrotischen Process wurden, um die Dauer des ganzen Processes zu constatiren, während des Verlaufes derselben verfolgt. Sie wurden als ganz neu am 22./IV. zuerst bemerkt, und noch am 27./V. waren sie noch nicht vollständig abgelaufen.

Am 26./VI. 1893 ist notirt: Während der letzten Tage keine neuen Eruptionen an den Armen. Dagegen sieht man fortwährend, besonders auf den Streckseiten der Unterarme, eine Menge von den etwas älteren Efflorescenzen. Die meisten präsentiren sich jetzt als scharf begrenzte, tiefrothe papulöse Elevationen mit einem kleinen eingesunkenen, necrotischen gelben Focus in der Mitte. Wo dieser necrotisirende Focus herausgefallen ist, sieht man, wie früher beschrieben, einen scharf begrenzten, ziemlich tiefen, wie ausgehauenen Substanzverlust. Andere kleinere Papeln, wo es nicht zur Necrose kommt, involviren sich, indem die Papel erblasst, kleiner wird und schliesslich ganz verschwindet. Aber auch dann sieht man in der Regel eine kleine punktförmige Vertiefung in der Mitte, ungefähr wie eine kleine Follikelmündung.

Am 10./VII. 1893 wurde sie bedeutend gebessert, aber noch nicht ganz von ihrer Hautkrankheit befreit entlassen.

Dieser aussergewöhnlich schwere Fall der Krankheit, der im Laufe von mehr wie 4 Jahren bei einem durch und durch scrophulo-tuberculösen Mädchen beobachtet wurde, hat specielles Interesse durch den bedeutenden Umfang der an den Unterschenkeln auftretenden Nekrosen. Es fielen Hautstücke aus von einem Diameter von 2 Cm. und die ganze Dicke der Haut umfassend, und die tiefen Substanzverluste griffen noch eine Zeit lang nachher trotz aller Behandlung um sich. Nur die Lapisumschläge zeigten eine einigermassen prompte Heilwirkung. Mit Bezug auf diese Ulcerationen werde ich mir ganz beiläufig erlauben, die Möglichkeit einer nahen Verwandtschaft derselben mit den von einzelnen Autoren, z. B. Gaucher, beschriebenen Ulcerationen bei tuberculösen Individuen anzudeuten. — Auch in diesem Falle wurde eine Entwicklung der Efflorescenzen aus der Tiefe der Haut und ihr successives Emporsteigen gegen die Oberfläche beobachtet. — Es wurde auch während des dritten Aufenthaltes der Patientin im Hospital constatirt, dass die Dauer selbst ganz

kleiner Efflorescenzen, die nicht mit Nekrose verbunden waren, mehr wie einen Monate betragen konnte, ehe die Involution vollbracht war. Während desselben Aufenthaltes bot die Haut an den Unterschenkeln, was wohl werth zu bemerken ist, ganz ausgesprochen eine Andeutung vom Bilde eines Lichen scrofulosorum dar.

Einen successiven Uebergang von der hier speciell besprochenen Form zum Lichen scrophulosorum zeigte auch der folgende Fall, wo die Krankheit besonders auf den Vorderarmen und den Oberschenkeln, aber auch auf der vorderen Seite des Truncus wesentlich das Bild eines Lichen scrofulosorum darbot, um über der Dorsalfläche der Handgelenke, Hände und Finger und zum Theil auf den Unterschenkeln das oben beschriebene charakteristische Bild anzunehmen, so dass man beim Einregistriren des Falles darüber im Zweifel war, welche der 2 genannten Diagnosen man wählen sollte. Alle beide konnten ungefähr gleich berechtigt sein.

XI. Fall. A. H., 20jähriger Seemann, kam am 6./XI. 1894 in die Hautabtheilung hinein. Er war angeblich als Kind gesund gewesen, nur hatte er die Masern und das Scharlachfieber gehabt. Er hatte vor ungefähr zwei Jahren zuerst seine Hautkrankheit bemerkt, und die jetzige Eruption war vor 3½ Monaten aufgetreten.

Status präsens: Pat. ist etwas blass, aber ganz kräftig gebaut. Die Inguinaldrüsen sind etwas geschwollen, sonst keine Drüsentumoren. An den Lungen nichts zu bemerken. Dagegen ist Polyurie, eine leichte Albuminurie und chronische Diarrhoe vorhanden.

Auf den Extremitäten, besonders den Streckseiten derselben, an den Schultern und Nates und der Vorderfläche des Stammes, weniger reichlich an den Seiten, dem Rücken und dem Nacken sieht man einen Ausschlag, der aus zahlreichen dichtsitzenden, nadelspitz- bis erbsengrossen, für einen grossen Theil perifolliculären Papeln besteht. Diese letzteren sind durchgehends kleiner auf den oberen Extremitäten und auf dem Stamme, grösser auf den unteren Extremitäten.

Die kleinsten Papeln, die mehr spitz sind und den Follikelmündungen entsprechen und namentlich in grosser Menge und sehr dicht auf den Vorderarmen und Oberschenkeln vorkommen, sind ganz blass oder blassröthlich und mit einem kleinen Epidermiszäpfchen in der Spitze versehen. Sie sind nicht eigentlich gruppirt, aber so zahlreich, dass die Haut dabei ganz rauh und scharf anzufühlen ist. — Die etwas grösseren Papeln sind mehr röthlich und mit einem centralen festsitzenden Epidermiszäpfchen oder mit einem kleinen gelben Pusfocus versehen.

Viele Papeln sind auch aufgekratzt und tragen einen kleinen Blutschorf auf der Spitze. — Auf den Dorsalflächen der Handgelenke, Hände und Finger sind die Papeln grösser, durchgehends hanfkorn- bis erbsengross, blassroth, ziemlich stark erhaben, aber mit gewölbter Oberfläche, nur dass man oft einen kleinen eingesunkenen Punkt in der Mitte bemerkt.

Auf den unteren Extremitäten sieht man ausserdem grosse, tiefrothe, entzündete Plaques, von einer gespannten Epidermis bedeckt, welche doch nicht ganz scharf begrenzt sind. An diesen Plaques sieht man in den Follikelmündungen schmutzig gelbe Pfropfen, die mit Leichtigkeit entfernt werden können. In der Tiefe fühlt man Fluctuation, und aus den Follikelmündungen kann man zum Theil eine gelbliche, puriforme, mit Blut gemischte Flüssigkeit, zum Theil eine weissliche Masse ausdrücken, welche ausser Leukocyten und Bakterien zahlreiche fettig degenerirte Epidermiszellen mit geschrumpften Kernen enthält. Aeltere Plaques derselben Art sind etwas kleiner, nicht mehr so turgescirend, aber fortwährend tiefroth und dabei fest infiltrirt anzufühlen. Die noch etwas gewölbte Oberfläche ist sehr uneben und rauh, indem sie eine Menge kleiner scharf ausgehauener Substanzverluste darbietet. Nach ähnlichen schon vollständig abgelaufenen Plaques sieht man schwach vertiefte Narben mit zahlreichen punktförmigen Vertiefungen darin.

Nach einem Aufenthalte von 6 Wochen im Hospitale wurde Patient in jeder Beziehung in guter Besserung am 24./XII. 1894 entlassen.

Die in diesem Falle vorkommende Combination von verschiedenen Ausschlagsformen ist auch früher von anderen beobachtet worden. Schon Hebra[1]) sagt in seiner Beschreibung von Lichen scrofulosorum: „Diese letzteren (anderweitigen Krankheitssymptome) bestehen nämlich darin, dass sich zwischen den Knötchengruppen, oder auch an anderen Stellen, wo keine Licheneffloreseenzen vorhanden waren, also an den Extremitäten, im Gesichte, mehr oder weniger zahlreiche, einzeln stehende, einer gewöhnlichen Akne gleichende, linsengrosse, rothe Knoten entwickeln, von denen einzelne auch eitriges Contentum beherbergen" u. s. w.

Auch der von Dr. Sack[2]) beschriebene Fall von Lichen scrofulosorum — der doch gewiss, trotz dem darüber ausgesprochenem Zweifel, ein solcher gewesen — zeigt eine ähnliche Combination von verschiedenen Ausschlagsformen, welche ja auch verständlich genug ist, da beide Formen unzweifelhaft

[1]) Lehrbuch der Hautkrankheiten, I. Bd, 2. Auflage, pag. 383.

[2]) Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XIV, pag. 437.

aus derselben Quelle stammen — aus der bacillären Infection des betreffenden Organismus.

In diesem letzten Falle können übrigens auch die an den unteren Extremitäten auftretenden grösseren Plaques hervorgehoben werden, eine Ausschlagsform, die auch in dem von Dr. Sack beschriebenen Falle von Lichen scrofulosorum beobachtet zu sein scheint. Es kann auch bemerkt werden, dass der letzte hier beschriebene Fall der einzige von den bisher mitgetheilten ist, wo nicht ausgesprochene Symptome von Tuberculose vorhanden waren.

Dasselbe gilt übrigens auch von dem folgenden, ganz kurz beschriebenen Falle, der besonders dadurch interessant ist, dass während des Vorhandenseins meiner Form von Lupus erythem. disseminatus auf den Extremitäten und den Ohren, gleichzeitig ein typischer Lichen scrofulosorum auf dem Torax hervorbricht.

XII. Fall. Hr. E., stud. theol., 27 Jahre alt, stellte sich am 7./I. 1897 vor. Pat. bot damals kein manifestes Symptom der Tuberculose dar und hatte auch nicht früher, nach seiner Meinung, solche dargeboten, obschon man ihm gesagt hatte, dass er in der Kindheit an „Scrofeln im Unterleibe" gelitten hatte. Er sah jetzt etwas blass, schwach und schlaff aus. Er berichtete, dass Ende August 1896 ein Ausschlag auf den Fingern, Vorderarmen und Unterschenkeln zum Vorscheine gekommen war, von welchem noch fortwährend einige Reste vorhanden waren. Man fand nämlich jetzt einzelne, bis erbsengrosse, ödematöse Knoten an den Fingern. Die neuesten dieser Knoten, die nur einige Tage gestanden hatten, sassen noch ziemlich tief in der Haut. Einzelne ältere Knoten oder Papeln, die jetzt zwei bis drei Wochen gedauert hatten, waren schon eingesunken und applanirt, nur ein kleines Stigma in der Mitte zeigend. Es fanden sich auch an den Rändern und der hinteren Seite der Ohrenmuscheln einige Papeln vor. Bei der fortgesetzten Beobachtung des Patienten ergab es sich, dass einzelne der grossen, neuen, ödematösen, tiefen Knoten auf den Fingern sich sehr langsam entwickelten und erst nach zwei bis drei Monaten zur vollständigen Involution gelangten.

Am 26. April 1897 stellte er sich mittlerweile mit einer ganz frischen Eruption von einem typischen, in Gruppen auftretenden Lichen srofulosorum an der Vorderseite und den Seitenpartien des Stammes vor. Am 9. Mai zeigte er mir zum letzten Mal seinen Lichen scrofulosorum, welcher jetzt noch stärker entwickelt und markirt war. Ausserdem bot er jetzt an den äusseren Seiten der beiden Oberarme eine reichliche symmetrische Erup-

tion von mehr wie nadelkopfgrossen, ziemlich oberflächlichen Papulo-Pusteln dar, welche den Haartalgfollikeln entsprachen, Diese Eruption war sehr dicht und reichlich, aber nicht gruppirt. Gleichzeitig sah man unterhalb der beiden Ellbogen auf den Vorderarmen einige grössere typische „Disseminatus-Papeln".

Man hatte also hier bei diesem jungen Manne zu gleicher Zeit einen typischen Lichen scrofulosorum Hebra, und die für meine Form von Lupus erythem. disseminatus charakteristische, tiefe Papeln und Knoten und endlich die auch schon früher erwähnten, mehr oberflächlichen perifolliculären Papulo-Pusteln (cfr. Fall IX).

Mit den 3 letzten Krankengeschichten muss die Verwandtschaft und der successive Uebergang zwischen der hier beschriebenen „Disseminatus-Form" und dem Lichen scrofulosorum hinlänglich documentirt sein.

Es darf vielleicht auch angenommen werden, dass die erste der zwei genannten Hautaffectionen, die hier speciell besprochene Form, durch die oben mitgetheilten Krankengeschichten einigermassen charakterisirt ist, obschon es gar nicht schwierig gewesen wäre, die Anzahl derselben bedeutend zu mehren, da diese Form in Norwegen keineswegs selten ist. Nur kann es bemerkt werden, dass in keinem der hier mitgetheilten Fälle ein so reichliches und verbreitetetes Exanthem vorkam, wie in den zwei im Jahre 1880 von mir beschriebenen Fällen, die insofern als ein Supplement dienen können. In diesen letzteren Fällen war auch, wie oben angeführt, das Allgemeinbefinden viel mehr angegriffen.

Schliesslich möchte ich speciell bemerken, dass sowohl diese 2 Fälle, wie die oben mitgetheilten Fälle, von reiner „Disseminatus-Form", sämmtlich bei ausgesprochen scrofulo-tuberculösen Individuen vorkamen. Es kann somit über die Abhängigkeit dieser Form von der Tuberculose wohl kein Zweifel bestehen.

(Fortsetzung folgt.)

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Bericht über die Verhandlungen
der
Section für Dermatologie an der 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Braunschweig, 19.—26. September 1897,

erstattet von

Dr. **Alfred Sternthal** in Braunschweig.

Durch ein Zusammentreffen besonders günstiger Umstände ragte die letzte Naturforscherversammlung in Frankfurt a. M. weit über die Mehrzahl der vorangegangenen hervor. Auch die Abtheilung für Dermatologie und Syphilis nahm dort an dem allgemeinen Aufschwung theil: sie war sehr gut besucht, und eine Fülle anregender Vorträge und Discussionen war zu verzeichnen. Es war uns von Anbeginn klar, dass wir in Braunschweig nicht auf solch regen Besuch zählen durften, denn — ganz abgesehen von den verschiedenen Fachcongressen, die im Laufe des Sommers stattgefunden hatten — der internationale Aerztecongress in Moskau musste uns einen beträchtlichen Theil der Collegen entziehen, da er fast unmittelbar unserer Versammlung vorherging. So suchten wir das Interesse, das sich den einzelnen Abtheilungen weniger zuwenden mochte, dadurch zu erregen, dass wir möglichst viele gemeinsame Sitzungen mehrerer Abtheilungen veranstalteten und in ihnen Themata behandelten, die Alle gleichmässig anzogen. Vor allem aber wurde — zum ersten Male — ein ganzer Tag, der Mittwoch der Versammlungswoche, dazu benutzt, um über wissenschaftliche Photographie und deren Bedeutung für die einzelnen Zweige der Naturwissenschaften und Medicin zu verhandeln. Wir glauben, dass mit diesem Thema ein glücklicher Griff gethan war, denn diese Sitzung war sehr anregend und belehrend und fand allseitigen Beifall. Im Grossen und Ganzen haben wir allerdings den Eindruck gewonnen, dass eine starke Congressmüdigkeit herrschte, und es wäre wohl an der Zeit, wieder einmal die Frage zu erwägen, ob es nicht rathsamer ist, die Naturforscherversammlungen nur alle 2 Jahre abzuhalten resp. diese Frage endlich bejahend zu beantworten.

Die Abtheilung für Dermatologie und Syphilis hielt ihre Eröffnungssitzung Montag, den 20. September Nachmittags 3 Uhr im Polytechnikum. Der Einführende, Dr. Sternthal (Braunschweig), begrüsste die Anwesenden. Er theilte mit, dass eine grosse Anzahl der ursprünglich auf die Tagesordnung der Section gesetzten Vorträge von dieser deshalb hätten gestrichen werden müssen, da sie, allgemeines Interesse erheischend, in die gemeinsamen Sitzungen mit anderen Abtheilungen oder in die grosse allgemeine für wissenschaftliche Photographie verwiesen worden wären. Dennoch hoffte er zuversichtlich ein gedeihliches Wirken der Abtheilung. Da am heutigen Tage die Zahl der erschienenen Collegen nur eine beschränkte sei, wolle er den Beginn der angezeigten Vorträge auf Dienstag, 21./IX. Morgens 9 Uhr verlegen und jetzt nur Herrn Rille (Wien) das Wort zur Demonstration einer Moulage ertheilen.

1. **Rille** (Wien). Demonstration einer Moulage, darstellend eine besondere Form von Acne arteficialis. Die in Rede stehende, sehr seltene Affection ist charakterisirt durch kupferfarbige und lividrothe, an den Vorderarmen, der inneren Schenkelfläche, an Genitale und Nates localisirte Knötchenefflorescenzen. Es gibt keine Hautaffection, die so grosse Aehnlichkeit mit einem lenticulär-papulösen Syphilide zeigte als diese. Der Kranke wurde bereits vielfach als an Syphilis leidend mit Jod und Quecksilber behandelt. Die Krankheit ist hervorgerufen durch eine ölige Flüssigkeit, mit welcher der Kranke, ein Maschinenweber, die Spindelachsen zu schmieren pflegt, und die hierdurch erfolgende Imprägnation seiner Kleidungsstücke. Gegen Syphilis spricht die Localisation und Vertheilung der Efflorescenzen, das Freibleiben des Stammes, ferner das jahrelange Bestehen und die anatomische Untersuchung, welche das Gebundensein an die Haarfollikel ergibt. Dieselben sind entweder ausgefüllt mit Hornzellen oder sind durch Reste des Oeles ausgedehnt. Daneben findet sich Rundzelleninfiltration und Gefässerweiterung bis zu Zerstörung der Follikelwand. Die Behandlung bestand in Verabfolgung von Sodabädern und Application von Emplastrum cinereum, letzteres nicht etwa durch einen Verdacht auf Lues veranlasst, sondern lediglich aus der Beobachtung resultirend, dass Acneeruptionen, wie schon Hebra betont, unter dieser Behandlung gut abheilen. Nach Rückkehr in die gewohnte Arbeit stellte sich das Leiden in alter Form wieder ein. Rille erinnert daran, dass derartige Fälle gewerblicher Acne vereinzelt beschrieben sind (Neumann u. A.) und dass auch Leloir von einer Acne der Spinner und Weber berichtet.

In der Discussion betont Finger (Wien), dass nicht jede umschriebene, acute, knötchenförmige Infiltration der Haut von den Talgdrüsen und Follikeln ausgeht, also schlechtweg als Folliculitis bezeichnet werden darf.

Rille wollte nur das Gebundensein an die Haarfollikel in differential diagnostischer Beziehung gegenüber dem grosspapulösen lenticulären Syphilid hervorheben.

II. Sitzung.

2. **Rille** (Wien). Demonstration einer Moulage von Vaccineeruption am Genitale (Vaccinola). Bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde fanden sich an den grossen Labien elevirte, über linsengrosse, ziemlich derbe und resistente, mattweisse und gelbliche Knoten und Blasen mit centraler, dunkelbrauner Borke. Am Oberarme noch intacte Impfpusteln von ganz analogem Aussehen, daher die Eruption am Genitale contemporär oder nur wenig später aufgetreten sein dürfte. Daneben Fieber. Heilung nach 8—10 Tagen in gewöhnlicher Weise. Der Vortragende bespricht eingehend die vielfachen differential diagnostisch in Frage kommenden Affectionen des weiblichen und namentlieh des kindlichen Genitale als: Syphilis, Aphthen, Impetigo gangraenosa, Ecthyma térébrant infantile u. s. w.

In der Discussion erinnert Unna (Hamburg) an gewisse, nekrotisirende Ekzeme des Kindesalters, die auffallend häufig mit Aphthen des Mundes vergesellschaftet sind.

Block (Hannover) bemerkt, dass Fälle, wie sie der Vortragende und Herr Unna erwähnten, diagnostisch grosse Schwierigkeiten machen können. So beobachtete er einmal ein ca. 12jähriges Mädchen aus niederem Stande, an deren Labium minus ein haselnussgrosses, nekrotisches Ulcus sich befand, das fast typischdas Bild eines syphilitischen Primäraffectes darbot. Gegenüber am anderen Labium befand sich ein zweites, kleineres Geschwür. Wochenlang war die Diagnose unsicher. Schliesslich, als keine secundäre Syphilis auftrat, vielmehr alles heilte, auch von einem Stuprum nichts zu ermitteln war, konnte Vortr. den Verdacht auf Syphilis fallen lassen und war ebenfalls geneigt, wie Herr Unna, den Process für einen den Aphthen des Mundes ähnlichen zu halten, zumal da das Kind sich in recht vernachlässigtem Zustande befunden hatte.

Lassar (Berlin) kann diese Casuistik vermehren durch Hinweis auf eine Erfahrung, wo der Verdacht auf Lues durch zufällig gleichzeitig bestehende floride Syphilis der Erzieherin eines kleinen Mädchens genährt war. Neben Aphthen bestanden papel-ähnliche Blaseneruptionen in der Vulva des Kindes und täuschten in der That Anfangs eine specifische Infection vor.

Rille (Wien) nimmt das Schlusswort. Auch ihm sind die von Unna als nekrotisirendes Ekzem erwähnten Fälle wohl bekannt. Dieselben sind bereits im Lehrbuche von Kaposi beschrieben, sowie in einer casuistischen Mittheilung von Halpern. Rille kann noch hinzufügen, dass derartige Gangränen nach Intertrigo nicht bloss im Kindesalter, sondern auch bei älteren, namentlich verwahrlosten weiblichen Individuen vorkommen. Unter den eventuell in Ulceration ausgehenden Affectionen des weiblichen Genitale wäre noch der Herpes (progenitalis) zu nennen, welcher besonders leicht mit dem syphilitischen Primäraffect verwechselt werden kann, zumal dabei, was dem Vortr. nirgends hervor-

gehoben zu sein scheint, beträchtliche Drüsenschwellungen in inguine vorhanden sein können, welche aber in wenigen Tagen sich involviren. Was die Aphthen des Genitale betrifft, muss vor allem festgehalten werden, dass dieselben vorwiegend eine Affection der Schleimhaut und nicht der äusseren Haut vorstellen — abgesehen von den sehr prägnanten, morphologischen Erscheinungen.

3. **Sternthal** (Braunschweig): Demonstration eines Falles von Lupus erythematodes discoides et disseminatus. 50 Jahre alte Frau, bis Herbst 1894 immer gesund. Damals erschienen auf dem Rücken einige rothe Flecken, welche die Patientin durch Jucken belästigten. Sie suchte ihren Krankencassenarzt auf, der ihr eine Chrysarobin enthaltende Pinselung verschrieb, nach deren Gebrauch ein heftiger Ausbruch der Krankheit erfolgte. Es traten neue Krankheitsherde auf der Brust, den Armen, Händen, im Gesicht und an den Ohren auf. Vortragender sah die Kranke zuerst am 8. Januar 1895. Seitdem theilweise Abheilung. Doch treten bei allen reizenden Behandlungsmethoden, zwar ohne Fieber, aber mit heftigen bohrenden und reissenden Schmerzen in der Tiefe der Knochen und unter grosser Abgeschlagenheit neue Eruptionen auf. Gegenwärtig nimmt der Ausschlag grosse Partien der Brust, des Rückens und kleinere im Gesicht, an den Ohren und der Stirn ein; eine kleine Efflorescenz befindet sich auch auf dem behaarten Kopfe, während Nase und Wangen frei sind. Eine genaue Schilderung des Falles gab Vortr. zu der Tafel CXCV in dem von Neisser herausgegebenen Stereosk. Med. Atlas. Die dort über die Arsenwirkung gemachten Bemerkungen sind dahin zu ergänzen, dass das Arsen auf den weiteren Verlauf der Affection keinen hemmenden Einfluss ausübte, weder bei innerlicher Anwendung noch bei äusserlicher in der Form der von Schütz auf der Naturforscherversammlung in Frankfurt a. M. 1896 empfohlenen Pinselungen mit verdünnter Solutio Fowleri. Am meisten hat der Patientin immer noch eine schonende Behandlung (Puder, indifferente Pasten) genützt. Vortr. bittet um weitere therapeutische Vorschläge.

Discussion: Finger (Wien) erwähnt einen Fall von Lupus erythematosus, der, vergeblich mit anderen Mitteln durch 3 Jahre behandelt, auf locale Application von Sol. Fowleri ziemlich rasch abheilte, wobei es auffällig war, dass die Sol. Fowleri absolut keine locale Reaction machte, so dass die Lösung continuirlich angewandt werden konnte.

Unna macht darauf aufmerksam, dass in dem vorgestellten Falle die Affection nicht die gewöhnlichen Wege (Schmetterlingsgegend des Gesichtes), sondern die des seborrhoischen Ekzemes (Brustbein und mittlere Rückengegend) eingeschlagen hat, also wohl auf dem Boden eines solchen entstanden ist. Therapeutisch empfiehlt er das sorgfältig oxydirte Pyrogallol, das Pyroloxin. Bei der Schütz'schen Behandtlung mit Sol. Fowleri ist die Wirkung der arsenigen Säure von der des Alkali zu trennen.

Schiff (Wien). Jeder hat die Erfahrung gemacht, dass Lupus erythem. abheilen kann ohne Behandlung. Die verschiedenen Mittel

werden die Reaction je nach ihrer Concentration bewirken. Er hält die Reaction nicht für das Heilende.

Block (Hannover). Mein Herr Vorredner hat betont, dass die Reizung bei der Therapie des Lup. eryth. nicht das Zeichen einer günstigen Wirkung ist. Ich möchte darin noch weiter gehen und die Reizung geradezu für schädlich halten und dazu rathen, wenn ein Mittel zu reizen beginnt, es auszusetzen. Um ein Beispiel anzuführen, behandelte ich unter anderen unlängst eine ältere Frau mit 1½ Jahre altem Sup. eryth. nur der vorderen Nasenhälfte mittelst Sol. Fowl. nach Schütz. Es trat jedesmal Reizung auf, die allmälig sich steigerte und der Patientin immer lästiger wurde. Nach ¼ Jahr sah ich, dass dabei der Lup. eryth. etwas gewachsen war, setzte die Behandlung aus und wandte Nachts Carbol-Hg-Pflastermull, bei Tage ein-, später zweimal Einreibung mit folgender Salbe an: Ol. cadin. 5·0, Zinc. oxyd. Sapon kalin. virid an 10·0, Vaselin ad 50·0. Nach 1½ Monaten war unter dieser Therapie, die nicht reizte, die Affection geheilt und vor einigen Tagen, 2 Monate nach Aussetzen der Behandlung, zeigte sich die Nase völlig normal. Ich möchte diese Methode für frischere Fälle empfehlen.

Federer (Teplitz). Ich möchte mich der Ansicht des Herrn Dr. Block anschliessen, dass Reizungen des Lup. eryth. die Affection verschlimmern oder verschlimmern können. In letzter Zeit behandelte ich 3 Fälle von Lup. eryth. maculosus nach der Schütz'schen Methode mit Sol. Fowl. in gleicher Concentration. Bei 2 Fällen blieb die Reaction aus, eine Besserung liess sich nicht constatiren. Beim dritten Fall trat eine Reaction auf und der Effect war der, dass eine linsengrosse Affection in der Präauriculargegend sich um das dreifache vergrösserte. Es ist doch die Ansicht nicht von der Hand zu weisen, dass thatsächlich die Reizung Schuld an der Exacerbation des kleinen Herdes war, der sich mehrere Jahre hindurch in gleicher Grösse erhalten hatte.

Finger möchte zwei Formen von medicamentöser Reizung unterscheiden: die eine ist eine acute Dermatitis, die andere ein acutes Fortschreiten des essentiellen Processes. Erstere Reizung ist wohlthätig, letztere nachtheilig; erstere bedingt Abheilung, Resorption des localen Processes, letztere dessen Vergrösserung.

Lassar (Berlin). Da gewiss mehrere der Herren voriges Jahr in Frankfurt waren, wo ich leider nicht erscheinen konnte, so haben dieselben wahrscheinlich auch die Patienten gesehen, welche Herr College Schütz behandelt und geheilt hat. So viel ich weiss, waren es deren neun, deren Demonstration jedenfalls von der Bedeutung des Verfahrens ein Bild geben musste (Zwischenruf: Ist nicht geschehen; die Patienten sind nicht gezeigt worden). Da dies aber nicht der Fall gewesen ist, so reducirt sich jene Mittheilung mehr auf ihren literarischen Werth, und es scheint, dass die Nachprüfung des Verfahrens nur in begrenztem Masse dasselbe bestätigt hat. Ganz ohne Einfluss ist es sicherlich nicht, jedoch so weit sich erkennen lässt lediglich bei seichten, oberflächlichen Eruptionen von geringem Umfang. Zur Application des Mittels ziehe

ich der manchmal unsicheren Solutio Fowleri die arsenige Säure (0·1 : 50·0) vor. Meist kommt es danach zur Reaction und Abschilferung, auch wohl zur Abblassung. Aber die Methode erfordert viel Geduld. Zu erwähnen wäre noch die innerliche Darreichung des Chinin, das Herr Payne auf dem vorjährigen Londoner Dermatologen-Congress empfahl. Sichere Erfahrungen von anderer Seite sind noch nicht gewonnen. Immerhin wäre die Anregung weiter zu verfolgen. Ich selbst muss noch immer am meisten für die Anwendung des Thermocauters plaidiren, der sich in der Hand des Geübten dankbar erweist und zu vollständiger, bleibender Heilung führen kann. Wenigstens bin ich stets in der Lage, Kranke zu zeigen, welche lediglich durch den Paquelin in oberflächlichster Application von ihrem L. e. befreit worden sind. Ungern mache ich hierbei die sonst so unentbehrlichen Cocaininjectionen, weil die arteficielle Oedemdurchtränkung störend wirkt. Es kommt dann unter dem Einfluss des Brennens zum Kochen der Gewebe, während die Absicht vorliegt, lediglich eine locale Zerstörung des L. e. (nicht der Hautunterlage) thunlichst schonend vorzunehmen. Dementsprechend empfiehlt sich eine möglichst reactionslose Nachbehandlung. Hierfür erweist sich das Nosophen nützlich. Auf die gebrannte Stelle wird dieses Pulver dick und immer von Neuem aufgeschüttet, bis sich ein ganz trockener Schorf bildet, der nach etwa zehn Tagen von selbst abfällt.

Unna glaubt auch, dass man 2 Arten von Reizung unterscheiden kann. Wohlthätig ist zuweilen eine ganz oberflächliche Dermatitis mit Epithelzerstörung, aber immer verderblich und zu Recidiven und neuen Ausbrüchen in der Umgebung prädisponirend ist das Auftreten von Oedem.

4. **Sternthal** (Braunschweig): Demonstration von 3 Fällen von Lupus vulgaris nach Behandlung mit Tuberculin R. In zwei Fällen blieb jede günstige Wirkung aus trotz Steigerung der Dosis bis auf 1·3 Ccm. reinen Tuberculins. Fieberhafte Reactionen kamen in beiden Fällen, die frei von Lungenerkrankung sind, nicht vor. Der eine ist gegenwärtig operirt und darauf geheilt; beim anderen wurde beobachtet, dass eine alte Otitis media, die seit langer Zeit vollständig erloschen war, unter heftigen Schmerzen wieder auftrat. Jedesmal nach der Injection entstanden Schmerzen hinter der Nase, die nach dem Ohre ausstrahlten. Als nach 3 Injectionen (ohne Steigerung der Dosis) sich diese Schmerzen bei jeder Injection wiederholten, und es schliesslich zum Ausfluss von Eiter kam, wurde die Behandlung abgebrochen. Ob es sich hier um ein zufälliges Zusammentreffen der wieder auftretenden Eiterung mit den Injectionen gehandelt hat oder ob letztere die alte Entzündung direct reactivirt haben, bleibe dahingestellt; nach den jeweilen bei den Injectionen auftretenden Schmerzen möchte Vortr. eher letzteres glauben. Im dritten Falle, bei dem es sich um Lupus hypertrophicus faciei handelte, reagirte die Patientin schon bei $^{1}/_{1000}$ Mgr. fester Substanz mit beträchtlichen Fiebersteigerungen. Unter localer Reaction (Röthung, starker Schwellung, Exsudation) trat aber eine bedeutende Abflachung des Lupus

ein, der jetzt nur noch an der Nase hypertrophisch ist. Von einer Heilung ist unter diesen Verhältnissen noch keine Rede, aber sicher von eclatanter Besserung. Wie weit dieselbe fortschreiten wird, bleibt abzuwarten.

Discussion: Finger theilt 3 Fälle negativer Erfolge von Behandlung des Lupus vulgaris mit neuem Tuberculin mit. Die Mittheilungen Dr. Sternthal's in dem zweiten Falle sind insofern interessant, als Klein aus Weichselbaum's Institute nachwies, dass das alte Tuberculin die Virulenz von Eitererregern erhöht.

Schiff weist auf die Mittheilungen hin, die er Morgen in der allgemeinen Sitzung über Behandlung von Lupus mit Röntgenstrahlen machen wird.

Löwenheim (Breslau) theilt mit, dass in der Klinik in Breslau eine Anzahl von Lupuspatienten mit dem neuen Tuberculin, andere mit Röntgenstrahlen behandelt worden sind.

Unna erwähnt, dass Kümmel in Hamburg auch gute Resultate beim Lupus mit Röntgenstrahlen und Finsen in Kopenhagen mit concentrirtem Sonnen- und elektrischen Lichte erhalten hat.

Meisner (Berlin) bezweifelt, ob die Röntgenstrahlen als solche das wirksame Princip seien oder nicht vielmehr das Aussetzen den so hoch gespannten Strömen gegenüber.

Schiff bestätigt die Ansicht Meissner's bezüglich der elektrischen Spannung durch Anführung der Eder-Freund'schen Hypothese.

Lassar (Berlin) erwähnt, dass in Berlin ein Laie es in guter Weise verstehe, Heilungen von Lupus durch Behandlung mit dem Brennglase und Sonnenlicht zu erzielen.

Schiff führt aus der profanen Literatur Mittheilungen über Lichttherapie an.

5. **Sternthal** (Braunschweig): Demonstration von 2 Fällen von Sclerodermie bei einem 13jährigen Knaben und einem 28jähr. Fräulein. Im letzteren Falle ist die Sclerodermie des Gesichtes und der Hände sehr bedeutend. Seebäder, Massage mit Salicylsalbe, Thyreoideatabletten beeinflussten das Leiden nicht. Gegenwärtig nimmt die Kranke Salol. Im ersteren Falle besteht hochgradige Starrheit beider Arme und Hände und beider Beine. Ausgezeichnet ist der Fall dadurch, dass dem Fortschreiten der Sclerodermie jedesmal Quaddelbildung vorangeht. Eine Zeit lang bestand Ascites, der jetzt verschwunden ist. Herz und Urin waren stets normal. Vor 1 Jahre trat streng halbseitige Alopecie auf Es entstanden auch auf der so erkrankten Haut Ulcerationen, doch ist jetzt die Kopfhaut wieder gut behaart. Man sieht jedoch noch sehr deutlich die Ausdehnung der Affection, da hier die Haut noch sclerodermisch verändert ist. Vielfach treten Ulcerationen an den Fingern und Zehen ein, und eben hat der Kranke einen schweren Abscess am rechten Oberarm durchgemacht. Behandlung in Norderney mit Seebädern und Massage; hier mit Massage mit Salicylsalbe, Thyreoideatabletten, sa-

licylsaurem Natrium; doch ohne Erfolg. Gegenwärtig nochmaliger Versuch mit Salol.

6. **Sternthal** (Braunschweig): Demonstration eines Falles von hochgradig pigmentirtem, syphilitischem Exanthem. Der Fall entstammt der Abtheilung des Herrn Prof. Schulz am herzogl. Krankenhause (Innere Abtheilung) und ist ebenfalls im Neisser'schen Atlas, Tafel CXC VII. ausführlich beschrieben.

7. **Sternthal** (Braunschweig). Demonstration eines Falles von Pemphigus vulgaris, der unter Arsenbehandlung (erst in Braunschweig, dann in der Abtheilung meines verehrten Lehrers, des Herrn Professor Lesser, in der Charité in Berlin, der mir den Fall gütigst zur Verfügung gestellt hat) sehr gut gebessert, ja fast geheilt ist, da nur noch sporadische, stecknadelkopfgrosse Bläschen auftraten, während anfänglich eine enorme Zahl schlaffer, theilweise hämorrhagischer, bohnengrosser und noch grösserer Blasen bestanden. Eine Abbildung des Kranken in diesem Stadium ist vom Vortr. in der photographischen Ausstellung ausgestellt worden.

8. **Kulisch** (Halle a. S.). Histologische Mittheilungen. Kulisch erörtert unter Bezugnahme auf die früher bereits von ihm demonstrirten, die Crotondermatitis veranschaulichenden Präparate kurz die Frage der Entzündung und Chemotaxis. Was speciell die in Frage kommende Entzündung betrifft, so lässt sich ein Theil der Beobachtungen am ungezwungensten mit Hilfe der Chemotaxis erklären (Hund und Mensch), während bei mehreren Thieren (Meerschwein, Kaninchen, Katze) das Gros der Erscheinungen mehr für die Samuel-Cohnheim'sche Theorie spricht. Immerhin weisen auch hier einige Befunde, speciell die primäre Betheiligung der Follikel und die Anhäufung der Leukocyten in deren nächster Umgebung darauf hin, dass eine directe Beeinflussung des Exsudates durch das chemische Agens stattfindet, im Besonderen die Richtung der Leukocytenemigration durch dasselbe bestimmt wird. Wir haben uns daher wohl die Crotondermatitis entstanden zu denken durch eine Combination von chemotaktischer Wirkung des Crotonöls und einer durch dasselbe hervorgerufenen Entzündung im Samuel-Cohnheim'schen Sinne.

Zur Discussion bemerkt Unna, dass keine der verschiedenen Entzündungstheorien die andere ausschliesst. Auch die chemotaktische Theorie kann keine frühere Theorie ersetzen, sondern sie bildet nur eine Ergänzung der früheren, aber eine sehr wesentliche. Zunächst erklärt sie Dinge auf das leichteste, welche durch die früheren Theorien unerklärt blieben, so die Thatsache, dass bei der Entzündung der Blutstrom trotz gelähmter Arterien verlangsamt ist. Sodann vertieft sie in das Studium der Entzündung durch Einführung des Begriffes der Richtung des Exsudationsstromes. Vom Standpunkte der chemotaktischen Theorie aus erklärt sich die qualitative Verschiedenheit der Exsudate entweder durch quantitative oder qualitative Unterschiede der Reize. So könnte die follikelreiche Thierhaut durch starke Vergrösserung der Oberfläche

ein qualitativ differentes Exsudat zur Folge haben. Andererseits könnte jede verschiedene Thierspecies durch minimale Veränderungen des Eiweisses der Gewebe und Flüssigkeiten des Körpers eine besondere Art der Exsudation veranlassen.

9. **Meissner** (Berlin). Demonstration eines Markirapparates für mikroskopische Präparate und eines neuen Demonstrationsmikroskopes der Firma Leitz in Wetzlar. Meissner zeigt zunächst einen kleinen Hilfsapparat zum Mikroskop, welcher die Markirung von Präparaten zum Zweck der Photographie und der Demonstration erleichtern soll. Derselbe hat nichts mit dem von Winkel gelieferten Diamantmarkirapparat zu thun. An einem um die verticale Säule des Mikroskopes fest klemmbaren Bügel ist drehbar ein Arm angebracht, welcher an seinem vorderen Ende eine ringförmige Stempelmatrize trägt. Diese kann durch geeignetes Justiren des Armes in das Centrum des Gesichtfeldes gebracht werden; zur Seite geschoben ruht der Stempel auf einem Stempelkissen. Mit dieser einfachen Vorrichtung gelingt es leicht, jedes Präparat mit einem Kreis an der Stelle zu markiren, welche zur Demonstration geeignet erscheint. Der mit blauer Stempelfarbe aufgedruckte Ring kann, ohne dass man das Präparat gefährdet, auch wieder entfernt werden.

Des Weiteren demonstrirt Meissner das neueste Demonstrationsmikroskop der Firma Leitz in Wetzlar, welches neben einem ungemein praktischen Handgriff darin eine Verbesserung darbietet, dass zwei Halter zur Befestigung der das Präparat erklärenden Zeichnung vorhanden sind. Die Mikrometerschraube ist an das Objectiv verlegt und gestattet so bei geringerer Vergrösserung bequeme Einstellung, während bei starken Systemen sich wohl ein Mangel darin zeigen dürfte, dass das Objectiv damit gegen das Ocular verschoben wird. Meissner zeigt mit diesen Mikroskopen einige Präparate, welche hauptsächlich den Unterrichtszwecken in der normalen Anatomie dienen sollen. Es sind Sagittalschnitte durch das Becken eines fünfmonatlichen Foetus, welche ungemein klar die topographischen Verhältnisse des Urogenitalsystems erkennen lassen.

III. Sitzung.

(Gemeinsam mit der Abtheilung für Kinderheilkunde und der Abtheilung für Gynaekologie und Geburtshilfe.)

10. **Finger** (Wien): Referat über das „Colles'sche Gesetz und die Frage des Choc en retour". Derselbe stellt folgende Thesen auf:

I. Es gibt eine zweifellose rein paterne Syphilisvererbung.

Beweise: *A*) Ausschliessliche Behandlung des Vaters in Ehen mit syphilitischer Nachkommenschaft reicht meist hin, gesunde Kinder zu erzielen.

B) Die Mutter ex patre syphilitischer Kinder ist in der Mehrzahl der Fälle gesund. 1. Sie wird klinisch gesund befunden. 2. Sie zeugt später mit einem gesunden Manne gesunde Kinder. 3. Sie wird nach der Geburt des syphilitischen Kindes von diesem oder in anderer Weise syphilitisch inficirt (These IX).

II. Es gibt eine zweifellose rein materne Syphilisvererbung.

Beweise: 1. Jene syphilitischen Frauen, die von mehreren Männern syphilitische Kinder gebären.

2. Die reine postconceptionelle Syphilis.

III. Die reine materne Syphilis kann sich auf den Fötus sowohl ovulär als postconceptionell, per placentam, übertragen. Der zweite dieser Wege, die postconceptionelle placentare Infection, ist durch eine Reihe exacter klinischer Beobachtungen (48 Fälle) erhärtet. Die ovuläre mütterliche Vererbung ist nicht erwiesen, nur durch Analogie mit der spermatischen Vererbung zuzugeben.

IV. Die Syphilis der Mutter, selbst im letzten Graviditätsmonate acquirirt, vermag auf den von gesunden Eltern erzeugten Fötus in utero noch überzugehen.

V. Der Aufenthalt eines ex patre syphilitischen Fötus im Uterus einer gesunden Mutter ist meist nicht ohne Rückwirkung auf diese und äussert sich in verschiedener Weise.

A) Die Mutter wird syphilitisch. Conceptionelle Syphilis. Choc en retour.

a) Frühzeitige conceptionelle Syphilis. Auftreten unvermittelter, von Primäraffect nicht eingeleiteter secundärer Erscheinungen während der Gravidität.

VI. Die Thatsache des Uebergehens des Syphilisvirus per placentam von dem ex patre syphilitischen Fötus auf die Mutter ist exact bisher nicht erwiesen, nur per analogiam mit der postconceptionellen fötalen Syphilis zugegeben. Zweifellos aber dürfte ein Theil der als frühzeitige conceptionelle Syphilis geltenden Fälle, insbesondere jene, in denen die secundären Symptome bei der Mutter bereits im zweiten und dritten Monate der Gravidität auftreten, eher auf spermatische Infection, übersehenen oder wegen seiner hohen Lage im Uterus, Tuben, nicht zu demonstrirenden Initialaffect zurückzuführen sein. Zu dieser Annahme sind wir berechtigt, da einige Beobachtungen analogen Verlaufes der Syphilis bei Frauen latent syphilitischer Männer auch ohne intercurrenter Gravidität vorliegen. (Verchère.)

b) Tardive conceptionelle Syphilis. Auftreten unvermittelter, weder von Primär- noch Secundärsymptomen eingeleiteter tertiärer Syphilis.

VII. Gleich der frühzeitigen, ist auch die tardive conceptionelle Syphilis in klinisch exacter wissenschaftlicher Weise nicht zu demonstriren. Die grosse Zahl der von den exactesten Beobachtern vorliegen-

den Beobachtungen lässt die Annahme, dass es sich in allen diesen Fällen um Beobachtungsfehler handelte, nicht gerechtfertigt erscheinen, umsomehr, als ja diese Annahme nicht den Werth eines wissenschaftlichen Gegenargumentes beanspruchen kann.

B) Die Mutter wird nicht syphilitisch, aber gegen Syphilis immun.

VIII. Die weitaus grösste Zahl der gesund bleibenden Mütter ex patre syphilitischer Kinder erwirbt während und durch diese Gravidität eine Immunität gegen Syphilisinfection. (Colles' Gesetz.)

C) Die Mutter bleibt völlig gesund und unbeeinflusst.

IX. In einer kleinen Zahl einwandfreier Fälle (21 Beobachtungen) bleibt die Mutter durch die Syphilis des Fötus im Uterus so wenig beeinflusst, dass sie nach der Geburt des syphilitischen Kindes von diesem oder in anderer Weise syphilitisch inficirt zu werden vermag.

X. Als Ausnahmen vom Colles'schen Gesetz wird noch eine Gruppe von Fällen beigezogen, deren Zuziehung aber entschieden unstatthaft erscheint. Diese Fälle verlaufen nach dem Typus: Vater zur Zeit der Zeugung syphilitisch, die Mutter zeigt spät in der Gravidität Primäraffect und secundäre Symptome, das Kind ist luetisch. Der aus diesen Fällen abgeleitete Schluss, die Mutter des vom Vater syphilitischen Kindes vermöge noch spät in der Gravidität inficirt zu werden, stelle also dann eine Ausnahme vom Colles'schen Gesetze dar, ist unzulässig, da die wichtigste Prämisse dieses Schlusses, die Syphilis des Kindes rühre vom Vater her, nicht erwiesen, auch nicht erweislich, postconceptionelle placentare Infection des Fötus von der Mutter nicht auszuschliessen ist.

XI. Die Zahl der bisher bekannt gewordenen einwandfreien Fälle von Ausnahmen des Colles'schen Gesetzes (21 Fälle) ist so gross, dass es fraglich erscheint, ob das Stillen der ex patre syphilitischen Kinder durch ihre gesunden Mütter auch weiterhin als völlig gefahrlos zu empfehlen sei. (16 Fälle.)

XII. In analoger Weise zeigen auch die Kinder syphilitischer Eltern, die der Syphilis entgehen, Immunität gegen Syphilisinfection. (Profeta's Gesetz.)

XIII. Aber auch von dem Profeta'schen Gesetze ist eine Zahl zweifelloser Ausnahmen (bisher 15 Fälle) bekannt geworden.

XIV. Es ist heute wohl als zweifellos anzusehen, dass diese Immunität von der Syphilisinfection unabhängig und durch die Zufuhr von Toxinen von dem syphilitischen zu dem nicht syphilitischen Organismus zu erklären ist.

XV. Von den verschiedenen Wegen der Vererbung sind somit die paterne spermatische und die materne postconceptionelle placentare Uebertragung zweifellos erwiesen, die materne ovuläre wahrscheinlich, aber bisher unerwiesen.

Was die Placenta speciell betrifft, so ist dieselbe

a) durchlässig für das Virus in einer Gruppe von Fällen. Diese Durchlässigkeit ist in der Richtung von Mutter zu Kind zweifellos erwiesen, vom Kinde zur Mutter wohl wahrscheinlich, aber bisher nicht exact erwiesen.

b) Undurchlässig für Virus, durchlässig für die immunisirenden Toxine in einer zweiten Gruppe von Fällen, und sowohl in der Richtung von Mutter zu Kind als auch umgekehrt.

c) Absolut undurchlässig in einer dritten kleinen Gruppe von Fällen. Weder Virus, noch immunisirende Toxine passiren, der gesunde Organismus bleibt vom kranken völlig unbeeinflusst.

XVI. Unter welchen Umständen und Bedingungen die Placenta sich bald durchlässig, bald undurchlässig erweist, entzieht sich bisher unserer Einsicht. Wohl gilt für eine Reihe von Fällen der Satz, dass die gesunde Placenta für das Virus undurchlässig, die kranke durchlässig sei, aber von diesem Satze kommen die barocksten Ausnahmen vor und gesunde Mütter bei paterner fötaler Syphilis, trotz intensiver Erkrankung der Placenta materna, gesunder Fötus bei postconceptioneller Syphilis der Mutter, trotz intensiver syphilitischer Erkrankung der Placenta foetalis und selbst der Gefässe des Nabelstranges wurden beobachtet.

Welche Umstände vollends den Uebergang der gelösten immunisirenden Toxine bedingen oder verhindern, entzieht sich vollständig unserer Erkenntniss.

I. Correferat. **Rosinski** (Königsberg, Pr.): Das Punctum saliens unserer Aufgabe liegt in der Beantwortung der Frage: Inwieweit und unter welchen Umständen ist die Placenta für das syphilitische Virus durchgängig? Vortr. theilt in dieser Frage den Standpunkt Finger's im Allgemeinen, möchte aber die Undurchgängigkeit der Placenta für das syphilitische Contagium etwas schärfer als dieser betonen. Nur ausnahmsweise kommt es zu einer postconceptionellen Infection des Fötus resp. zur conceptionellen Ansteckung der Mutter von Seiten ihrer ex patre syphilitischen Frucht, zum sogen. Choc en retour. Zwar kann (zumal nach den Arbeiten von Birch-Hirschfeld und Lubarsch) für eine Anzahl von Infectionskrankheiten die Möglichkeit des Ueberganges der Infection auf den Fötus nicht geleugnet werden; die Ueberwindung der placentaren Schranken erfolgt aber keineswegs regelmässig, ja bei bestimmten Infectionen scheint das Freibleiben der foetalen Blutbahn die Regel zu sein. Im Speciellen diese Frage für die Syphilis zu entscheiden, unterliegt ganz besonderen Schwierigkeiten, da Thiere gegen Lues sich refractär verhalten und wir deswegen des Experimentes gänzlich entrathen müssen. Aber auch wenn es möglich wäre, Thiere mit Lues zu impfen, müsste man doch Anstand nehmen, ohne Weiteres die Resultate aus dem Thierexperiment direct

auf den Menschen zu übertragen, da wir z. B. sehen, dass der Milzbrand beim Menschen durchaus nicht so oft von der Mutter zur Frucht übergeht, als wie wir es nach dem Thierversuch erwarten sollten. Auch die Verhältnisse der Tuberculose lassen sich nicht auf die gleichen Verhältnisse bei Syphilis übertragen. So sind wir denn bei der Lues einstweilen auf die klinischen Beobachtungen allein angewiesen. Dass eine placentare Infection bei dieser Erkrankung zu Stande kommen kann, ist durch exacte Beobachtungen sicher gestellt; die Ansichten gehen nur darüber auseinander, ob dieselbe die Regel oder nur eine seltenere Ausnahme bildet. Die Umstände und Bedingungen, unter denen die muthmasslichen Parasiten der Syphilis die placentare Schranke überwinden, ob es sich dabei um gröbere mechanische Verletzungen, z. B. durch Blutungen hervorgerufene Gewebszertrümmerung oder um übergreifende gummöse Processe handelt, oder ob die Mikroorganismen an sich in gewissen Fällen das Zottenepithel schädigen und zu durchwuchern vermögen, sind uns zur Zeit noch nicht bekannt. Nur wissen wir aus der klinischen Beobachtung, dass Durchlässigkeit der Placenta auch in solchen Fällen constatirt worden ist, in denen eine Miterkrankung des Mutterkuchens nicht nachzuweisen war, dass auf der anderen Seite auch bei specif. Affection dieses Organes ein Uebergang des Syphilisvirus auf den gesunden Organismus nicht immer zu verzeichnen war. Vielleicht finden diese letzteren Fälle darin ihre Erklärung, dass hier die Immunisirung des gesunden Organismus durch die leichter diffundibelen Stoffwechselproducte vorausgegangen war und der spätere Durchbruch der Parasiten nun wirkungslos blieb. Für gewöhnlich bildet die Placenta eine Schranke, die von dem Contagium der Lues nicht überschritten wird. Dieses ist die nothwendige Voraussetzung des Colles'schen Gesetzes. Dieses Gesetz ist durch eine grosse Reihe klinischer Beobachtungen erhärtet; und Vortr. berichtet über einen sehr instructiven Fall, den er in der letzten Zeit sah. — Aber nicht allein gegen die Infection von Seiten ihrer Kinder sind diese Frauen refractär, sondern gegen Syphilis überhaupt. Die Meisten nehmen nun an, dass diese Mütter nur immun und nicht syphilitisch sind; einige Autoren, vornehmlich Fournier, erklären ihre Nichtinficirbarkeit dadurch, dass sie sie für syphilitisch halten. Wenn auch Vortr. von vornherein die Möglichkeit des Ueberganges des syphilitischen Virus per placentam von der Frucht zur Mutter nicht leugnen will, sondern nach Analogie der Fälle von postconceptioneller placentarer Infection des Fötus durch die Mutter als wahrscheinlich zugeben muss, so kann er doch diesem Vorkommnis bezüglich seiner Häufigkeit nur ebensoviel Concessionen machen wie der placentaren Infection der Frucht. Wenigstens ein Theil jener Fälle, die Fournier für die Infection durch den Choc en retour reclamirt, eben deswegen, weil die Primärperiode zu fehlen scheint, müssen in der Weise erklärt werden, dass hier die Primärperiode übersehen wurde oder wegen ungeeigneter Localisation überhaupt nicht zu constatiren gewesen ist. Ist indessen schon die Zahl der Autoren gering, die mit Fournier die conceptio-

nelle Uebertragung als Regel ansehen, so gibt es wohl kaum einen, der ihm in den weiteren Consequenzen dieser Lehre folgt: dass nämlich auch jene Mütter, die ein ex patre luetisches Kind geboren haben, selbst aber nie Syphilissymptome zeigten, 'ebenfalls syphilitisch und zwar latent syphilitisch sind. Gegen diesen Irrthum hat bereits Finger Front gemacht und seinen Ausführungen schliesst sich Vortr. ohne Vorbehalt an. Dass Fournier mit seinen Behauptungen nicht Recht hat, beweist auch der Umstand, dass Frauen, die von ihrem syphilitischen Gatten eine oder mehrere mit Lues behaftete Früchte zur Welt brachten, selbst aber gesund blieben, dann mit einem gesunden oder mit demselben nur inzwischen einer gründlichen antiluetischen Cur unterzogenen Manne gesunde und gesund bleibende Kinder zeugen. Rosinski selbst verfügt über fünf solcher Beobachtungen.

Was die praktische Bedeutung des Colles'schen Gesetzes für die Therapie angeht, so wird es sich einmal um die Frage handeln, was soll mit einer Frau geschehen, die von einem syphilitischen Manne geschwängert worden, der Contactinfection entgangen ist und zur Zeit keinerlei manifeste Zeichen der Lues aufweist. Es kommen hier folgende Möglichkeiten in Betracht: 1. Das befruchtende Sperma ist frei von Syphiliskeimen gewesen; Kind und Mutter bleiben von der Syphilis verschont. 2. Das Kind ist ex patre luetisch, seine Syphilis geht aber nicht auf die Mutter über — das geschieht weitaus in der Mehrzahl der Fälle. — Die Mutter bleibt frei von der Infection und wird gegen dieselbe refractär, oder wird in sehr seltenen Fällen von dem ganzen Krankheitsprocess gar nicht beeinflusst, also auch nicht immun. 3. Das Kind ist ex patre syphilitisch und inficirt im Verlaufe der Schwangerschaft die Mutter per placentam. — Wir haben in solchen Fällen also Leben und Gesundheit einmal der Mutter und zweitens des Kindes zu berücksichtigen. Die Mutter ist wenig gefährdet, das Kind in der grössten Zahl der Fälle. Im Interesse des letzteren wäre eine Präventivcur der Mutter in allen Fällen wünschenswerth. Indess wird es uns schon von vornherein widerstreben, eine gesunde Frau einer so eingreifenden und lästigen Cur, besonders zur Zeit einer Schwangerschaft, zu unterziehen, so werden wir noch einen wesentlichen Unterschied machen müssen, ob wir es mit einer Erst- oder Mehrgeschwängerten zu thun haben. Ist die Frau zum ersten Mal gravid, so wird es auch hier zweifellos Fälle geben, in denen wir den Antecedentien gemäss eine ungünstige oder günstige Vorhersage machen und unser Handeln danach einrichten können. In den ungewissen Fällen aber — und das wird das Häufigste sein — wird man wohl lieber das Resultat der ersten Schwangerschaft abwarten, als in's Blinde hinein präventiv vorgehen. Ist die Frau zum zweiten oder öfteren Male schwanger, so ist die Entscheidung leichter, und wir können dem Grundsatz Fournier's im allgemeinen beipflichten: „Dass die gesunde schwangere Frau eines syphilitischen Mannes einer antiluetischen Behandlung unterzogen werden müsse, wenn sich der Einfluss der Syphilis des Mannes für eine oder mehrere vorausgegangene Schwangerschaften

als nachtheilig erwiesen hat." — Endlich kommt noch die Frau in Betracht als Amme, als Ernährerin ihres syphilitischen Kindes. In diesem Punkte kann Rosinski sich weder Finger noch Ref. (der in der „Festschrift" sich ähnlich wie Finger geäussert hat) anschliessen. Er hält die Zahl der Ausnahmen vom Colles'schen Gesetze für zu klein, um darauf sich zu stützen. Will man solche Kinder, deren Leben nicht allein durch die Schwere ihrer Erkrankung, sondern doch auch in Folge der therapeutischen Massnahmen sehr gefährdet ist, retten, so kommt Alles auf eine geeignete Ernährung an; und da bleibt die Brustnahrung der eigenen Mutter — von einer fremden Amme ist eo ipso abzusehen — als das einzig Rationelle übrig. Ausserdem werden die Kinder noch specifisch dabei beeinflusst, wie v. Dühring in plausibler Weise ausführt, denn wie Ehrlich festgestellt hat, ist die Milch immunisirter Mutterthiere als solche im Stande, dem säugenden Organismus den Antikörper zuzuführen und ihm eine hohe Immunität zu verleihen. Auch der günstige Einfluss der antiluetischen Cur der Mutter macht sich für das kranke Kind auf dem Wege der Milch bemerkbar.

12. II. Correferat. **Hochsinger** (Wien) hatte am ersten öffentlichen Kinderkranken-Institut in Wien genaue Protokolle über 351 congenital-syphilitische Kinder zur Verfügung, welche theils von Kassowitz, theils von ihm selber geführt wurden. Die 351 Kinder vertheilen sich auf 218 Mütter, resp. ebensoviele Familien. Es gelang 98 dieser Frauen einer 3- bis 19jährigen Controle zu unterziehen. 72 dieser Frauen hatten Kinder geboren, deren Syphilis ausschliesslich vom Vater stammte, ohne dass die Mutter im sexuellen Verkehr inficirt worden wäre, während die 26 restlichen Mütter entweder schon syphilitisch in die Ehe gingen oder vom Zeuger während der Ehe inficirt wurden. — Es besteht ein greller Unterschied zwischen den Schicksalen der Mütter dieser beiden Gruppen. Bei der ersten, in welcher die Frauen einer Infection seitens des Gatten entgingen, konnte nicht ein einziges Mal irgend ein luetisches oder luesverdächtiges Symptom während der ganzen Evidenzdauer entdeckt werden. Unter den 26 Frauen der zweiten Gruppe wurden 12 Mal während der Controlführung manifeste Syphilis-Symptome gefunden, und zwar 5 Mal condylomatöse und 7 Mal gummatöse; daraus geht hervor, dass an dem Material des Vortragenden niemals irgend etwas zu sehen war, was einem choc en retour hätte gleichkommen können. Nun wendet sich Vortragender gegen die Lehre von der „Syphilis maternelle par conception" Fournier's und der ihm ergebenen, modernen französischen Schule. Nach dieser soll eine Frau, welche von einem latent syphilitischen Manne geschwängert wurde, schon im zweiten bis dritten Monat der Gravidität manifeste secundäre Symptome zeigen können, welche durch eine Retro-Infection seitens des spermatisch inficirten Eies zu Stande gekommen seien. Liest man aber die Krankengeschichten, so zeigt sich, dass das Kind, welches sich im Uterus normaler Weise entwickelt hat, ja erst im Extrauterinleben von Syphilis befallen wurde.

Wenn also in der Frucht das Virus erst nach der Geburt zum Ausbruche gelangt, wie soll von einer solchen Frucht schon in den ersten Wochen nach der Conception eine Infection auf die Mutter übergegangen sein? Es ist ganz unverständlich, wie das im befruchteten Ei eingeschlossene Virus die Mutter anstecken soll; das inficirende Agens müsste dann die unverletzte Keimblase, noch dazu die unverletzte Uterusschleimhaut durchdringen, um die Mutter krank zu machen. Wenngleich Vortragender der Anschauung ist, dass die Placenta unter normalen Verhältnissen eine Passage des Infectionsstoffes nicht gestattet, muss er dennoch behaupten, dass erst nach der Bildung der Placenta, und zwar auch dann nur, wenn sie selbst erkrankt ist, ein Uebergang des Contagium vom spermatisch inficirten Fötus auf die Mutter stattfinden kann. Aber ein solcher Vorgang ist weder bewiesen noch beweisbar, vielmehr erklären sich die vermeintlichen Fälle von choc en retour als ganz gewöhnliche Contactinfectionen mit unbekannter Einbruchspforte. Beläge für die Möglichkeit einer secundären Syphilis ohne indurirten Primäraffect lassen sich gerade aus der Kinderpraxis gewinnen, denn unter 34 Fällen von erworbener Kindersyphilis waren nur 4 mit Primärsclerose behaftet. Ganz dasselbe gilt nach der Ansicht des Vortragenden betreffs des Tertiärismus d'emblée par choc en retour der Mütter. Diese Lehre besagt, dass eine Frau in Folge Gravidität mit einem ex patre luetischen Kinde nach Jahren Tertiärsymptome zeigen kann, welche nicht auf dem Contactwege, sondern durch Retroinfection von einem spermatisch syphilitischen Fötus zu Stande gekommen sind. Auch dieses ist unerwiesen und unerweislich und theoretisch absolut unverständlich. Auch die Finger'sche Theorie der Syphilis kann diese Position nicht erklären, ganz im Gegentheil, sie scheitert an der Verquickung der Colles'schen Immunität mit dem Tertiärismus par choc en retour. — Das Colles'sche Gesetz bedeutet, dass die Mutter durch die Gravidität mit einem spermatisch inficirten Fötus einen gewissen Grad von Unempfänglichkeit gegen Syphilisinfection erworben hat. Dies ist eine feststehende Thatsache, wenngleich Ausnahmen vorgekommen sind. Die Mehrzahl der Ausnahmen lässt sich aus den Verhältnissen des Falles gut erklären. Finger sagt nun, die Immunität der Mütter entsteht durch Aufnahme von Toxinen seitens der spermatisch kranken Frucht, und die Toxine immunisiren gegen den eigentlichen Syphilisparasiten. Dies kann zugegeben werden. In Gemässheit seiner Anschauung jedoch, dass die Tertiärsymptome der Syphilis ausschliesslich auf Toxinwirkung beruhen, und zwar nur einer grossen Menge von Toxinen ihren Ursprung verdanken, hat er den Tertiärismus par choc en retour auf eben diese Toxine zurückgeführt, wie die Colles'sche Immunität der Mütter. Da er aber als ein wichtiges Criterium des tertiären Stadiums der Syphilis die Reinficirbarkeit zugestanden hat, so träte der merkwürdige Fall ein, dass man in Folge der Aufnahme einer hohen Menge derselben Toxine nicht immun wird, durch die Aufnahme einer geringeren Menge derselben Toxine jedoch Immunität erworben hat. Entweder also beruht das

Tertiär-Stadium nicht nur auf Toxinen, oder die Colles'sche Immunität hat mit ihnen nichts zu thun. Aber auch auf Grund der pathologischen Anatomie der hereditären Frühsyphilis muss die Sonderung der Parasiten- und Toxin-Syphilis, welche Finger aufgestellt hat, fallen, denn nicht ob Toxine oder Parasiten gewirkt haben, was doch niemals annähernd nur erweisbar ist, bestimmt den anatomischen Charakter der congenitalen Lues, sondern es sind entwicklungsgeschichtliche Momente, welche hier in Frage kommen.

Betreffs der Verwerthbarkeit der in dem Colles'schen Gesetze zum Ausdruck kommenden Gesetze meint Vortragender, dass Frauen, welche zum ersten Male mit einer ex patre syphilitischen Frucht schwanger gingen, dabei aber einer syphilitischen Contactinfection seitens ihres Gatten entgangen sind, ihr hereditär-syphilitisches Kind nicht selbst stillen sollen, weil 18 unter den 22 Ausnahmsfällen Erstgeschwängerte betroffen haben. Hier möge man die Ernährung mit nach Soxhlet-schem Princip keimfrei gemachter Milch in Anwendung bringen, natürlich nur unter gleichzeitiger energischer mercurieller Behandlung der Kinder. Vortragender bemerkt noch, dass mehr als ein Viertelhundert hereditär-syphilitischer Kinder unter diesem Regime der Genesung und einer günstigen Körperentwickelung zugeführt wurden. Bei Mehrfachgeschwängerten gestattet Vortragender anstandslos das Stillen. Zum Schluss fasst Redner seine Ausführungen in die sechs folgenden Thesen zusammen:

1. Gesunde Frauen, welche von syphilitischen Männern geschwängert worden sind, können syphilitische Kinder zur Welt bringen, dabei aber zeitlebens frei von Syphilis bleiben.

2. Frauen, welche mit ex patre syphilitischen Früchten schwanger gingen, selbst aber einer Contactinfection seitens des Zeugers entgangen sind, gewinnen durch die Gravidität mit solchen Früchten einen gewissen, allerdings sehr variablen Grad von Immunität gegen Syphilis, welcher die Grundlage für die Aufstellung des sogenannten Colles'schen Gesetzes geliefert hat.

3. Die Colles'sche Immunität der Mutter ist die Folge des Uebertrittes immunisirender Substanzen vom spermatisch inficirten Fötus auf die gesunde Mutter und eben darum keine absolute.

4. Die Ausnahmen von der Colles'schen Regel betreffen Frauen, welchen, aus nicht immer klar zu übersehenden Gründen, eine nur ungenügende Menge von Immunisirungsstoffen während der Gravidität einverleibt wurde und bestätigen daher nur die Regel.

5. Eine Retro-Infection der Mutter seitens eines spermatisch inficirten Fötus, der sogenannte Choc en retour ist, in welcher Form er immer auch angenommen wurde (Syphilis par conception, Tertiairisme d'emblée) klinisch unbewiesen und unbeweisbar und theoretisch nur schwer zu begründen.

6. Die Finger'sche Hypothese von der Toxinnatur der Tertiärsyphilis und des kryptogenetischen Tertiärismus der Mutter ist unver-

einbar mit den Grundlagen der Colles'schen Immunität und auch der pathologischen Anatomie und Klinik der congenitalen Frühsyphilis.

Finger (Wien). Wenn sich drei Sectionen heute zusammenthaten, um eine so wichtige Frage zu besprechen, so geschieht es deshalb, weil das in der Frage massgebende Material unter die Vertreter der drei Sectionen ausgetheilt ist: Der Dermatologe sieht die luetische Frau, das luetische Kind, wenn deren Lues nicht übersehen wird; der Gynaekologe die Frau in der Gravidität und im Wochenbett, der Paediater die Mutter post partum des ersten Kindes und dieses selbst. In der Frage des Choc en retour ist aber die wichtigste Zeit die von der Defloration der Frau bis zur ersten Entbindung und nur Fälle, in denen über diesen Zeitraum verlässliche ärztliche Beobachtungen vorliegen, sind verwerthbar. Für den frühen Choc en retour will sich Redner nicht einsetzen, er hält denselben für unerwiesen. Dagegen sind von tardivem Choc en retour einige einwandsfreie Beobachtungen, von Collegen, die ihre eigenen Frauen beobachteten, weitere Beobachtungen von Caspary und Zeissel niedergelegt. Die Angriffe Hochsinger's gegen des Redners Theorie von der Entstehung des Gumma als Folge von Toxinwirkung anlangend, hebt Redner hervor, dass Hochsinger diese Theorie völlig missverstand, wenn er virulente und durch Toxinwirkung entstandene Erscheinungen mit secundären und tertiären Stadien identificirt. Redner hat nie von zwei Stadien, sondern von zwei Manifestationsreihen gesprochen, welche nicht nur nacheinander, sondern auch nebeneinander ablaufen. Das Gumma speciell hat Redner als eine durch die Umstimmung der Gewebe durch die Toxine bedingte Veränderung bezeichnet. Er hat ja seine Theorie auf Basis experimenteller Untersuchungen am Rotz aufgebaut, die speciell zeigten, dass Toxine des Rotz, durch Sterilisiren und Filtriren gewonnen, bei Thieren injicirt, circumscripte entzündliche Herde in der Leber erzeugen, die sich nur durch Fehlen der Bacillen und Fehlen der Contagiosität von Rotzknoten unterscheiden. Gegenüber Hochsinger's Ansicht von der Nichtcontagiosität des Sperma muss Redner opponiren. Das Sperma bewirkt hereditäre Uebertragung dadurch, dass ihm Virus beigemischt ist; in allen Fällen aber, wo dies geschieht, muss es auch per contactum inficiren. Nicht jedes Sperma eines Luetischen muss contagiös sein. Da ein virulent luetischer Mann nach Fournier in 33% hereditär-syphilitische Kinder zeugt, so wird auch das Sperma für 33% der Fälle per contactum inficiren. Gegen das Stillen der syphilitischen Kinder durch die gesunde Mutter spricht sich Redner auf Grund der Ausnahmen des Colles'schen Gesetzes unbedingt aus.

Fehling widerspricht der Behauptung Finger's, dass wenn das Secret einer Papel inficire, das Sperma gleicher Weise inficiren müsse. Seine Resultate über Infection mit Rotztoxin widersprechen dem und man kann sich vorstellen, dass im Sperma nur Toxine vorhanden sind, denen jede Fähigkeit zu localer Infection abgeht. Was die Behandlung betrifft, so hält er gegenüber Rosinski fest, dass bei tertiärer Lues des Vaters, wenn Erfolg erzielt werden soll, auch die Mutter in graviditate

behandelt werden muss. Ebenso kann er der Behauptung Hochsinger's nicht zustimmen, eine primipara mit luetischem Kinde nicht stillen zu lassen: entweder ist sie primär luetisch, dann wird die Behandlung Mutter und Kind nützen oder sie ist immun, dann wird ihr das Stillen nicht schaden, selbst wenn keine Behandlung stattfindet.

Finger hat nicht behauptet, dass das Sperma wie Secret einer Papel stets inficiren könne, aber in jenen Fällen, in denen das Sperma hereditäre Uebertragung bewirkt (33% nach Fournier), also sich für das Kind als virulent erweist, muss es auch per contactum virulent sein.

Rosinski möchte Fehling erwidern, dass es gewiss Fälle geben wird, in denen Frauen, die syphilitische Kinder zur Welt gebracht haben und zur Zeit gesund erscheinen, und die wir nur für immun halten, doch eine Syphilisinfection durchgemacht haben, welch' letztere wir aber weder anamnestisch noch durch objective Untersuchung in ihren Residuen feststellen können, Frauen, die besonders bei einer kommenden Gravidität antiluetisch zu behandeln wären. Doch das werden Ausnahmefälle bleiben. Im Princip muss daran festgehalten werden, dass Frauen, die dem Colles'schen Gesetz unterliegen, weder an sich noch in Bezug auf eine erneute Schwangerschaft antisyphilitisch zu behandeln sind. Die mehrfach aufgeworfene Frage, ob man berechtigt sei, die hereditär-syphilitischen Kinder durch ihre Mütter, auch gesunde, ausnahmslos säugen zu lassen, möchte Rosinski dahin beantworten, dass wir hier die Gefahr, in welche eine solche Mutter kommen kann, nicht zu hoch anschlagen dürfen. Die Gebursheifer kommen oft in die Verlegenheit, die Mutter im Interesse des Kindes gefährlichen Situationen auszusetzen. Im Uebrigen wird sich diese Frage meist in der Weise von selbst lösen, dass die Mutter von dem Wunsch, ihr Kind selbst zu nähren, wenn sie es überhaupt will und vermag, nicht abstehen wird, selbst wenn man sie auf die ihr eventuell drohende Gefahr aufmerksam machen sollte.

Hochsinger beharrt den Ausführungen Finger's gegenüber darauf, dass das Sperma eines syphilitischen Mannes die Frau nicht per contactum inficiren kann, und dass der Einwand Finger's: „die Mireur-schen Experimente stammen aus früherer Zeit,“ an der Thatsächlichkeit derselben nichts ändern. Aus dem Dilemma, in welches sich Finger durch die Stellung der Colles'schen Immunität und des gummösen Syphilisstadiums auf ein und dieselbe Basis, nämlich die der Toxine, begeben hat, gibt es keinen Ausweg. Hochsinger schliesst mit den Worten: „Eine Retroinfection der Mutter von ihrem ex patre syphilitischen Kinde ist unbewiesen und unbeweisbar, und alle der Position des Choc en retour zu Grunde liegenden Fälle lassen sich in ungezwungener Weise durch ganz gewöhnliche Contactinfection erklären. Dies gilt ebensowohl für die Mütter spermatisch inficirter Kinder. als auch für Männer und Kinder mit scheinbar kryptogenetischer Tertiärsyphilis.

Müller (Bern) macht darauf aufmerksam, dass auch im Anfange der Gravidität wohl eine Uebertragung der Lues vom Ei auf die Mutter

möglich sei, dass es dazu nicht der Placenta bedürfe. Auch im Anfange der Gravidität ist das Ei nicht lose, sondern bereits fest mit der Innenfläche des Uterus verbunden, wie das sehr schön in einer gemeinsam mit Zoologen und Anatomen abgehaltenen Sitzung gezeigt worden sei.

IV. Sitzung.

13. **Sternthal** (Braunschweig). Demonstration eines Falles von Ulerythema ophryogenes. Der Patient, seit seiner frühesten Jugend erkrankt, bietet folgenden Anblick: Die Kopfhaut zeigt eine grosse Anzahl von Narben, dazwischen Haarbüschel. Zwischen den einzelnen Narben Partien, welche Lichen pilaris gleichen, nur dass die Haut hier etwas geröthet ist. Am Rande leichte erythematöse Veränderung der Haut. Die Affection der Kopfhaut ist langsam progredient. Nirgends folliculäre Eiterung oder Krusten. Am äusseren Ende beider Augenbrauen Röthung, kleine, leichte Hornkegel in den Follikeln. Comprimirt man, so sieht man feine genetzte Narben in der gerötheten Partie. In beiden Achselhöhlen und auf dem linken Oberschenkel Herde, die einem mykotischen Ekzem gleichen und wohl nichts mit der Affection der Kopfhaut zu thun haben. Vortragender erwähnt kurz die Differentialdiagnose von Lupus erythematodes und neigt sich der Ansicht zu, es handle sich um das von Tänzer 1884 (Monatsh. f. prakt. Derm.) beschriebene Ulerythema ophryogenes.

Discussion. Unna hält den Fall für ein sicheres Ulerythema ophryogenes Tänzer in höchster Ausprägung.

Schiff meint, dass dieser Fall nicht in die Reihe der von Unna und Tänzer als Ulerythema ophryogenes bezeichneten pathologischen Processe gehöre. Viel eher erinnert dieser Fall an die s. g. Alopécie cicatricielle. Mit Rücksicht jedoch auf die circumscripten, schuppigen Plaques in der linken Achselhöhle und am linken Oberschenkel, sowie auf die eigenthümliche Beschaffenheit der Kopfhaut, hält Schiff eine Mykose nicht für ausgeschlossen.

Rille hält den Fall unbedingt für einen abgelaufenen Favus, wofür die Narben ja charakteristisch sind. Derartige Narbenbildung am Kopfe (in sehr seltenen Fällen auch an Stamm und Extremitäten) sieht man in Wien namentlich bei polnischen Juden, die in der Kindheit an Favus gelitten und nun wegen irgend eines anderen Leidens, wie Syphilis, Lupus u. dgl. die Spitalsbehandlung nachsuchen. Der Kranke gibt übrigens an, von einem Dorfarzte einmal mit der Pechkappe behandelt worden zu sein. Dass hier keine Scutula vorhanden sind, wie Herr Unna bemerkt, ist kein Einwand, da ja der Favus nach jahrelangem Bestande mit oder ohne Behandlung vollständig auszuheilen pflegt, im Gegensatze etwa zum Lupus vulgaris, wo sich selbst innerhalb ausgedehnter Narben immer noch einige eingesprengte, subepidermoidal gelegene Lupusknötchen auffinden lassen. Aus dem gleichen Grunde ist der negative Pilzbefund keineswegs gegen die Diagnose Favus zu verwerthen.

Fabry (Dortmund). Der Fall erinnerte mich auf den ersten Blick an den Patienten, den ich seinerzeit im Archiv für Dermatologie als Nagelfavus beschrieben habe und der an einer ganz ähnlichen Alopecie litt; es gelang mir in diesem Falle nicht, Pilze in den Haaren nachzuweisen, dennoch war es nach der Anamnese ein Favus gewesen. Ich möchte daher vorschlagen, in dem heute demonstrirten Falle doch noch eine Untersuchung auf Favuspilze vorzunehmen.

Unna. Das Ulerythema ophryogenes führt zu derber Sclerose nur am Kopfe ähnlich wie der Favus; sonst nur zu folliculärem und interfolliculärem Erythem, Follikelverstopfung und Verkümmerung der Haare. Die Affection der Beugestellen steht damit nicht in Zusammenhang, sondern ähnelt Erythrasma. Gegen Favus spricht, dass die Affection von der Kindheit an langsam progressiv war, ohne dass bisher gelbe Punkte und Scutula gefunden wurden.

14. **Schiff** (Wien). Ueber die Einführung und Verwendung der Röntgen-Strahlen in der Dermatotherapie. Nach kurzer Uebersicht über das bisher von der physiologischen Wirksamkeit der X-Strahlen bekannte, sowie über die Theorien und Hypothesen, die bezüglich der Wirksamkeit des Röntgenlichtes aufgestellt wurden, kommt Schiff auf die therapeutischen Versuche zu sprechen, die er seit einem Jahre mit Dr. Freund mit diesem Agens unternommen hat. Hierzu veranlasste ihn die bei Röntgenisirung so oft beobachtete entzündliche und tief gehende Reaction. Schiff unterzog 2 Lupusfälle einer systematisch durchgeführten Röntgenisirung und kommt nach seinen Erfahrungen zu folgenden Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit der X-Strahlen auf Lupus:

1. Allgemeine entzündliche Reaction (in jedem röntgenisirten Falle beobachtet).
2. Specifische Reaction lupösen Gewebes auf Röntgenstrahlen dadurch, dass nicht manifeste Lupusknötchen durch längere Beleuchtung sichtbar werden.
3. Lockerung und Ausfall von Lupusknötchen, die nach der Einwirkung der Röntgenstrahlen erfolgten.
4. Im Anschlusse an die Exposition erfolgt Abschwellen von infiltrirten Drüsen im Lymphgebiete des Lupusherdes.
5. Durch längere Einwirkung von X-Strahlen scheint die Umwandlung von torpiden Geschwüren in lebhafte Granulationswunden veranlasst worden zu sein.

Im Anschluss an diesen Vortrag demonstrirt Schiff Moulagen und Bilder der von ihm mit Röntgenstrahlen behandelten Lupusfälle, die den Zustand vor und nach der Behandlung zeigen.

15. **Fabry** (Dortmund). Histologische Mittheilungen über einen Fall von Purpura haemorrhagica. Vortragender zeigt Photographien und mikroskopische Präparate, welche sich auf einen Fall von Purpura haemorrhagica beziehen, der nach genauer Durchsicht

der Literatur klinisch und histologisch bemerkenswerth zu sein scheint. Klinisch möchte er Folgendes hervorheben:

1. Es handelt sich um einen 13jährigen Knaben, bei dem die Erkrankung vor etwas mehr als 4 Jahren den Anfang nahm. Von dieser Zeit an hat sich das Exanthem allmälig immer weiter und immer stärker ausgebildet, ohne etwa in gewissen Zeitintervallen zu verschwinden, wie wir das sonst zu sehen gewohnt sind. In dieser Beziehung bietet der Fall eine gewisse Analogie mit einem von Batemann beschriebenen, der bei guter Gesundheit jahrelang bestand und plötzlich durch Lungenblutung zu Tode führte. Dieser Umstand allein würde Vortragenden nicht veranlasst haben, den Fall vorzutragen.

2. Bei der Auflösung in die klinischen Details erschien nun weiter das Exanthem als ein knötchenförmiges, und hierfür fanden sich gleichfalls in der Literatur Anhaltspunkte in der von Hebra als Purpura papulosa und von Willan als Lichen lividus beschriebenen, seltenen Purpuraerkrankung.

Der Kranke ist jetzt seit etwa einem Jahre in der Beobachtung. Wie ihn Vortragender zuerst sah, bestand also die Erkrankung bereits 3½ Jahr. Schleimhautblutungen irgend welcher Art waren noch nicht eingetreten, dagegen stellte sich vor etwa drei Monaten eine recht bedrohliche Lungenblutung ein, ohne den Exitus herbeizuführen. Patient befindet sich jetzt wieder leidlich wohl. Nichtsdestoweniger ist die Prognose schlecht und musste auch so dem Vater dargestellt werden. Demnach stellt Vortragender die Diagnose auf die von Hebra als Purpura papulosa, von Willan als Lichen lividus bezeichnete seltene Abart des Morbus maculosus Werlhofii. Die Probeexcision bestätigte durch histologische Untersuchung diese Diagnose. Der mikroskopische Befund ergab: Eine grosse Zahl an Grösse sehr differenter Blutextravasate, deren kleinste klinisch wohl kaum wahrnehmbar waren. Die Diagnose Purpura wurde aber im vollsten Masse durch die in allen Schichten vorhandenen Hämorrhagien bestätigt. Es war nun zunächst von Interesse, festzustellen, woher die papulöse Erhebung über die Epidermis zu Stande kam, und zweitens, ob die Blutungen per rhexin oder per diapedesin entstanden. In einer grossen Anzahl von Schnitten wurden echte Blutpapeln im epithelialen Theil der Haut und nur in diesem gefunden, und zwar ziemlich grosse Hämorrhagien, so dass die Epidermispapillen mechanisch lang gezogen, hier und da zerrissen erschienen. Das Stratum corneum geht intact über dieselben hinweg. Secundär ist an manchen Stellen eine Epidermiswucherung zu Stande gekommen. Was die zweite Frage anlangt, so wurde die Blutung als per rhexin entstanden angenommen, und zwar, weil sich der Durchbruch aus kleinsten Gefässen vielleicht direct beobachten liess, ferner waren einige Gefässe an ihren Enden durch Stauung kolbig und dickbauschig aufgetrieben; offenbar ein Vorstadium der Rhexis.

16. **Delbanco** (Hamburg). Ueber Mycetoma pedis. Delbanco weist darauf hin, dass die Thatsache einer Pluralität der Strahlen-

pilze für die Klinik der Strahlenpilzerkrankungen neue Gesichtspunkte nicht erwarten lasse. Er bespricht dann an der Hand mikroskopische Präparate, Zeichnungen etc. in grossen Zügen Anatomie und Klinik des indischen Madurafusses und des Genaueren den kürzlich von ihm mitgetheilten Fall von Mycetoma pedis. dem ein fetthaltiger Fungus zu Grunde liegt. Vortragender berichtet im Anschluss hieran über neuere Thatsachen bezüglich Fettgehaltes niederer Pilze und über die hyaline Degeneration des Strahlenpilzgranulationsgewebes.

Meissner fragt an, ob über den Fettgehalt des beim Rindvieh vorkommenden Actinomyces dem Vortragenden etwas bekannt ist.

Delbanco verneint dies.

Rille erinnert bezüglich Degeneration des Bindegewebes und Verfettung an seinen 1894 veröffentlichten Fall einer bisher unbekannten besonderen Form von Hautactinomykose. Dabei bestanden an Stamm und Extremitäten ausgedehnte Infiltrationen und Erweichungsherde, jedoch ohne jedwede Ulceration oder Fistelbildung. Dagegen entleerte sich bei Incision der fluctuirenden Stellen eine reichliche Menge von klarer, gelber, öliger oder leberthranartiger Flüssigkeit; in derselben war auch der Strahlenpilz zu finden, während dessen Nachweis im Gewebe nicht gelang. Letzteres zeigte die von Unna in seiner Histopathologie zuerst erwähnten eigenartigen Veränderungen. Rille richtet ferner an den Vortragenden die Frage, ob ihm etwas über die Therapie des Madurafusses bekannt sei. Im Jodkalium haben wir ein Specificum für Actinomykose bei Mensch und Thier kennen gelernt, das sich auch bei einer verwandten Affection, der Bothryomykose des Pferdes, wirksam erwiesen hat.

Delbanco. Untersuchungen an Actinomykose-Culturen haben Vortragenden weder Fettgehalt noch Fettentwickelung bei abnehmender Vitalität ergeben. Doch müsse er immer hinweisen auf die Wechselwirkung zwischen thierischem Gewebe und Fungus, welche für die Structur des Pilzes bestimmend sei und für einen Fettgehalt des Pilzes bestimmend sein könne.

17. **Rille** (Wien). Ueber Calomeleinreibungen bei Syphilis. Die vielfachen Versuche, die Inuntionscur durch bequemere und weniger auffallende Proceduren zu ersetzen, haben in den letzten Jahren auch zur Empfehlung von Calomelsalben-Compositionen geführt. Ueber die gute Wirksamkeit der letzteren berichten italienische Autoren und namentlich v. Watraszewski, und werden dieselben der alten Einreibungscur als mindestens gleichwerthig hingestellt. Rille, welcher zu seinen Versuchen ausser leichteren Syphilisfällen auch solche auswählte, die erfahrungsmässig einen Prüfstein für eine wirklich leistungsfähige Medication darstellen, und überdies weitaus grössere Dosen verabreichte, gelangt zu dem Schlusse, dass der Werth dieser Behandlungsmethode gleich Null ist. Dieselbe war als sogenannte Präventivbehandlung nicht im Stande, die constitutionellen Erscheinungen auch nur um ein Geringes hinauszuschieben, es musste ferner in nahezu allen Fällen wegen

allzu langsamen Schwindens, respective Stationärbleibens der einzelnen Symptome die Cur durch eine graue Salben-Behandlung zu Ende geführt werden. Quecksilbernebenwirkungen waren nicht zu constatiren, wenngleich sich im Harne Hg in Spuren nachweisen liess.

Löwenheim (Breslau) fragt an, ob beim Vorhandensein von Rhagaden auffällige Quecksilberwirkungen gesehen worden seien.

Rille. Wie die Calomeleinreibungen bei gleichzeitigem Vorhandensein von Fissuren und Excoriationen wirken, war zu beobachten keine Gelegenheit, da bei den so behandelten Kranken nichts dergleichen vorhanden war und auf der Klinik der Usus besteht, Haut und Mundschleimhaut des Kranken vor Beginn der Einreibungen durch eine Vorbereitungscur in den entsprechenden Stand zu setzen. Läsionen der Continuität, wo die Calomelsalbe in den Körper hätte eindringen können, bestanden übrigens in den Fällen von pustulösem Syphilid. Dass Calomel bei nässenden Syphilisformen, local applicirt, von grosser Wirksamkeit ist, lehrt der Labarracque'sche Verband oder das Aufbringen von Calomelpulver auf exulcerirte Sklerosen.

18. **Unna** (Hamburg). Ueber Ichthyol. Aus Untersuchungen von Dr. Helmers, die seit 1890 ausgeführt wurden, geht hervor, dass den Hauptbestandtheil des Ichthyols die Ichthyolsulfonsäure ausmacht, die die besondere Eigenschaft besitzt, den zweiten, aromatisch riechenden, öligen, sulfonartigen Bestandtheil und mittels dieses wieder einen dritten, schwer löslichen, wasserlöslich zu machen. Diese Eigenschaft erstreckt sich auch auf viele ätherische Oele, Kampher, Phenole und andere Körper, die durch die Ichthyolsulfonsäure wasserlöslich zu machen sind. Eine 33% wässrige Lösung der letzteren wird zu diesem Zwecke als „Anytin" und die betreffenden Lösungen als „Anytole" in den Handel gebracht. Die medicinische Wirksamkeit der beiden Hauptbestandtheile der Sulfonsäure und des Sulfons wurden zuerst 1891 und dann in einer neuen Versuchsreihe 1897 von Unna an Hautaffectionen geprüft. Es stellte sich heraus, dass nur die Ichthyolsulfonsäure die Oberhaut gerbt, bräunt und häutchenbildend wirkt, was auf ihre Verwandtschaft zum Eiweiss zurückgeführt wird. Ausserdem besitzt diese Säure aber auch einen entzündungswidrigen, anämisirenden, kurz „reducirenden" Effect, welcher von Unna auf die reducirende Eigenschaft derselben (im chemischen Sinne) zurückgeführt wird.

Herr Apotheker Dr. Nehring (Braunschweig) zeigt während des Vortrages die Reduction des Kaliumpermanganat in saurer Lösung (Entfärbung schon in der Kälte) und die des Eisenchlorids zu Eisenchlorür durch die Ichthyolsulfonsäure, was übrigens Baumann schon 1886 nachgewiesen hat. Dem Ichthyolsulfon kommt medicinisch keine gerbende, sondern nur eine „reducirende" Eigenschaft zu.

Knoll (Ludwigshafen). Im chemischen Sinne würde man Ichthyol, weil es eine Kalipermanganatlösung entfärbt, nicht deshalb allein schon als „Reductionsmittel" ansehen, weil eine sehr grosse Zahl organischer Stoffe entfärbend auf Kaliumpermanganatlösung wirkt und mehr oder

weniger tiefe Zersetzungen erleidet, diese Entfärbung aber, zumal beim Erhitzen der Lösung, bei der Mehrzahl organischer Körper erzwungen werden kann. Man nennt dagegen organische Körper, welche z. B. aus Silberlösung Silbermetall ausscheiden, wie z. B. ungesättigte Körper, Aldehyde und Ketone, reducirende Körper. Da nun nach Mittheilung Unna's Ichthyol einen Silberspiegel erzeugt, scheint es in der That begierig Sauerstoff aufzunehmen und demnach als Reductionsmittel auch im chemischen Sinne angesprochen werden zu müssen. Ob dieses Verhalten für die Art der Aufbewahrung der Ichthyolpräparate zu berücksichtigen ist, wäre zu prüfen.

19. **Unna** demonstrirt eine Reihe von Naevuspräparaten, durch welche die Abstammung der Naevuszellen vom Epithel erwiesen werden soll.

Hiermit schloss die Thätigkeit der 24. Abtheilung der 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Es sei noch nachgetragen, dass in der Allgemeinen Sitzung, Mittwoch, den 22. September, Nachmittags 3 Uhr, Herr Lassar (Berlin) einen demonstrativen Vortrag hielt. Er betonte zunächst die ungemeine Wichtigkeit des Anschauungsunterrichtes in der Medicin, wie schwer es sei, zu jeder Zeit bei gelegentlichen klinischen Besprechungen ein verständliches und anschauliches Unterrichtsmaterial zur Verfügung zu haben. Er rühmt die zuerst von Frankreich ausgehende Methode der Moulagendemonstration. Aber alle auf diesen Zweck hinzielenden Bestrebungen hatten mit der Schwierigkeit zu kämpfen, dass fast immer nur eine kleine Zahl von Zuhörern in der Lage waren, der Demonstration zu folgen. Die Hauptschwierigkeit läge in einer zweckentsprechenden Anordnung der Demonstration vor einem grossen Auditorium. Das Skioptikon und die Projection von Glasdiapositiven geben die Mittel und Wege an die Hand, diesem Bedürfniss gerecht zu werden. So habe er denn versucht, mit Unterstützung eines Künstlers, Herrn Kasten, die Glasdiapositive durch Farben zu beleben, um so der Wirklichkeit möglichst nahe zu kommen. Vortragender zeigt nun eine grosse Anzahl von Projectionsbildern der Lepra, der Tuberculose und der Syphilis, von Carcinomen und Sarcomen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 20. October 1897.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Kaposi begrüsst die nach den Ferien zum ersten Male wieder versammelte Gesellschaft und gibt hierauf einen summarischen Bericht über die wesentlichsten Vorkommnisse auf der jüngst (11.—16. October) in Berlin abgehaltenen Lepra-Conferenz, welcher Bericht von der Versammlung mit grossem Interesse entgegengenommen wurde.

Hierauf die Tagesordnung: Vorstellung von Kranken.

Kaposi demonstrirt einen Mann mit Lepra aus Montenegro, der vor 3 Monaten mit Spuren eines Exanthems im Gesichte und roseolaähnlichen Efflorescenzen am Rücken aufgenommen wurde. Gegenwärtig zeigt er eine wulstige Infiltration der Ohrmuscheln, der Wangen, Nase, Verlust der Augenbrauen, am Stamme kleinere braune Flecke, Atrophie der Interdigitalmusculatur und ausgebreitete Anaesthesien, wie auch eine charakteristische Affection am harten Gaumen in Form grauer Knötchen. Am Ellenbogen findet sich eine frisch geplatzte Blase, am Rande derselben besteht Anaesthesie.

L. Freund stellt einen Patienten aus dem Ambulatorium Prof. Kaposi's mit einer eigenthümlichen Hautaffection nach Metol-Einwirkung vor. Volar- und zum Theile auch Dorsalfläche beider Hände und Finger zeigen eine diffuse, gleichmässige, dunkel nuancirte bläuliche Röthung, welche unter Fingerdruck schwindet; die Haut fühlt sich hart an, ist schwer faltbar, stark verdickt, so dass die Finger vergrössert erscheinen, wiewohl die Knochen normale Dimensionen haben. Die Epidermis hat ein gequollenes, durchscheinendes, wie mit Wasserglas bestrichenes Aussehen. Temperatur beider Hände ist stark herabgesetzt. Subjectiv bestanden zuerst Gefühle von Taubheit, Bamstigsein und Anaesthesie; später als die Finger steifer wurden, traten noch Spannungsgefühl, Jucken und Schmerzen hinzu, welch' letztere aber nie anfallsweise auftraten. Patient ist Photograph, hat in den letzten sechs Monaten zum Entwickeln seiner Negative Metol, ein Derivat des Amidokresols, verwendet und seit dieser Zeit will er auch die allmälige Ausbildung seines Leidens beobachtet haben. In der That constatirte F. bei einem zweiten, in demselben Atelier mit demselben Entwickler arbeitendem Herrn die gleiche Affection. Ob diese dem Metol oder den Verunreinigungen, welche demselben eventuell beigemengt sein mögen, zuzuschreiben sei, will F. nicht entscheiden. Differential-diagnostisch gegenüber der localen Asphyxie in Folge anderer Ursachen (Perniones, Erythromelalgie etc.) hebt F. neben dem ätiologischen Momente die eigenthümliche Beschaffenheit der Epidermis hervor.

Prof. **Lang** ladet die Mitglieder auf seine Abtheilung, um einen Fall zu demonstriren, welchen er am 28. October 1896 in der dermato-

logischen Gesellschaft vorgestellt hat. Damals handelte es sich um eine über faustgrosse Geschwulst der rechten Thoraxseite, über deren Natur er sich nicht aussprechen konnte. Hofrath Neumann bezeichnete die Affection als ein Brom-Exanthem, doch sprach sich der Redner damals gegen diese Auffassung aus. Behufs anatomischer Untersuchung wurde ein grosser Theil exstirpirt, der Rest mit dem Löffel abgeschabt und paquelinisirt. Nach einigen Wochen erkrankten die Drüsen der Achselhöhle, und man transferirte darum den Kranken auf eine chirurgische Abtheilung behufs Entfernung der Drüsen; daselbst wurde nicht nur die Achselhöhle vollständig ausgeräumt, sondern auch Recidivansätze in weitem Umfange exstirpirt. Die anatomische Diagnose lautete auf Tuberculose.

Im Laufe dieses Sommers, als wir keine Sitzungen mehr abhielten, wurde der Kranke wieder auf die Abtheilung des Vortragenden zurücktransferirt, und es war ganz merkwürdig zu sehen, dass in den Schnittlinien gegen die Achselhöhle sich ganz typische, miliar-tuberculöse Geschwüre der Haut, da und dort von papillären Wucherungen umsäumt, vorfanden. In den letzten Wochen traten Schwellungen entsprechend den Rippen rechts und dem Sternum auf, welche ohne Fiebersteigerung allmälig deutliche Fluctuation zeigten.

Gestern wurde durch eine grosse Incision massenhaft Eiter entleert und bei der Untersuchung die 5. bis 9. Rippe blossliegend und zwei derselben rauh befunden.

Kaposi demonstrirt:

1. Einen 55jährigen Mann, der seit zwei Jahren in der Lendengegend, links von der Wirbelsäule, einen flachhandgrossen Herd in Form einer Scheibe zeigt, an dessen oberem Rande 4 etwa bohnengrosse rothschimmernde, über das Hautniveau vorragende Knoten. Die Haut erscheint narbenähnlich schimmernd, durch die Haut fühlt man eine harte Scheibe durch. Man könnte es für ein Keloid halten, doch kennt K. keinen Fall, dass Keloide zu einer Scheibe confluirt wären. Ferner gehört das Keloid der Papillarschicht an, während hier die obersten Hautschichten unverändert sind. Vielleicht handelt es sich um ein Sarcom. Das wird die histologische Untersuchung entscheiden.

2. Einen 50jährigen Mann mit einem chronischen pustulösen Eczem, vielleicht auf Grund von Prurigo. Eigenthümlich ist bei ihm eine Bronzefarbe des Gesichtes wie bei Morbus Addisoni. Auf der Schleimhaut des Mundes findet sich nichts. Vielleicht handelt es sich um eine Melanose in Folge Arsengebrauches.

3. Einen Fall mit Gummata linguae nach Syphilis vor $1\frac{1}{2}$ Jahren, nachdem ein ganzes Jahr Einreibungen gemacht wurden.

4. Ein Xeroderma pigmentosum bei einem Mädchen, das mit 14 Jahren ins Spital kam, jetzt 26 Jahre alt ist. Es wurden schon 14—15 Carcinome bei ihr operirt, eine schwammige blutreiche Geschwulst des linken Augenlides, die von Hofrath Fuchs exstirpirt wurde, erwies sich als Endotheliom. Jetzt ist ein Carcinom am Jochbein aufgetreten, das nun wahrscheinlich zu Metastasen und letalem Ausgang führen dürfte.

5. Ein Fall von Carcinom der Oberlippe bei im Uebrigen ganz von Lupusknötchen und Narben bedeckter Lippe und Wange.

6. Einen Fall von Urticaria cicatricans. An der Spitze vieler Knötchen finden sich Pusteln. Wahrscheinlich werden diese zerrissen und so entstehen die Narben.

Dr. **Deutsch** stellt aus der Abtheilung Prof. Lang's ein zweijähriges Kind mit Necrose des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers vor.

Die anamnestischen Daten sind ziemlich dürftige, der Vater leidet an Haemopt*ö*, die Mutter, die als Pflegerin des Kindes mit aufgenommen wurde, zeigt derzeit keine Krankheitserscheinungen und war auch früher nicht krank. Von den vier ältesten Kindern starben drei an unterschiedlichen Kinderkrankheiten im Alter von 2—3 Jahren, eins lebt und ist gesund. Die 5. Gravidität endete mit Abortus. Dann erfolgte die Geburt unseres Patienten. Derselbe soll zwar immer schwächlich, jedoch nicht eigentlich krank gewesen sein, so dass die Impfung erst im Alter von 19 Monaten vorgenommen wurde; von diesem Zeitpunkte datirt die Mutter auch das Auftreten von Krankheitserscheinungen, zuerst Lungen- und Darmcatarrh, dann Geschwüre an der Haut des Körpers und ebensolche im Munde.

St. pr. Schwächliches, schlecht genährtes Kind, von kränklichem Aussehen. Die allgemeine Decke blass, atrophisch, zeigt allenthalben, namentlich am Rücken, zahlreiche, hanfkorn- bis kreuzergrosse, leicht eingesunkene, zarte, zum Theil weissliche, zum Teil livide Narben mit dunkelpigmentirter Umgebung, eine Confluenz solcher Narben an der l. Schulterhöhe, die ehemaligen Impfstellen erkennbar, ohne besondere Veränderung.

Der ganze Nacken des Kindes eingenommen von einem nach unten zu sich durch eine serpiginös geschwungene Linie begrenzenden flächenhaften Infiltrat, das gleichmässig geröthet einzelne, unter der Behandlung bereits zurückgegangene, confluirende papulöse Efflorescenzen und einzelne kirschkern- bis haselnussgrosse Knoten aufweist, deren grösster vereitert ist; einige flachere desquamirende Infiltrate an der behaarten Kopfhaut. Die Unterlippe erscheint hängend, vom Alveolartheil abstehend und gestattet den Einblick in die vordere Mundhöhle. Es erscheint die Gingiva entsprechend dem Bereich der nicht vorhandenen unteren Schneidezähne in ein eitrig belegtes Geschwür umgewandelt, dessen hintere Begrenzung die wallartig aufgeworfene Gingiva bildet und dessen Grund halb abgestossene necrotische Fetzen aufweist. Die untersuchende Sonde stösst auf von Periost entblössten Knochen.

Die zahlreichen Narben am Rumpfe des Kindes, die derzeit bestehenden Infiltrate, sowie das eben beschriebene Geschwür lassen die Diagnose Lues gerechtfertigt erscheinen, die anamnestisch sich leicht als hereditär stützen lässt.

Verhandlungen des Vereines ungarischer Dermatologen und Urologen.

Sitzung vom 14. Jänner 1897.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

1. **Schwimmer:** Dermatitis exfoliativa. Patient bemerkte zuerst vor 3 Jahren auf der Bauchhaut als auch an anderen Stellen pfenniggrosse und auch grössere, mit Schuppen bedeckte, stark juckende Ausschläge, welche theilweise confluirten, theilweise von selbst wieder verschwanden. In seiner Familie kam kein ähnlicher Fall vor und ausser Typhus hatte Patient keine Krankheit durchgemacht. Stat. präs.: Patient ist gut genährt, mit gut entwickeltem Knochen- und Muskelsystem. Kopfhaar schütter. Die ganze Oberhaut ist gleichmässig roth, an vielen Stellen, so am Rücken, den Extremitäten faltig, rauh, stellenweise rissig. Die Epidermis ist überall, jedoch hauptsächlich am Rücken, Bauch und den unteren Extremitäten mit vielen Schuppen bedeckt. An der Handfläche und den Fusssohlen lösen sich ganze Lamellen los. Die Nägel bilden 5—6 Mm. dicke, gefurchte, konisch erhabene Hornmassen, welche am freien Ende der Nägel am dicksten sind.

Török bemerkt, dass es in solchen Fällen sehr schwierig sei, das vorhergehende Grundleiden zu diagnosticiren, meistens kann man dafür Psoriasis vulgaris annehmen. Die Franzosen erklären jene Fälle, wo bei diffuser Röthe und Schuppung starke Abmagerung vorhanden ist, so, dass ein vom Grundleiden ganz verschiedener Process vorhanden sei, welcher die Erkrankung in eine bösartige umwandelt.

Justus schliesst sich vollständig der Ansicht Schwimmer's an, wonach die Dermatitis exfoliativa eine Verlegenheits-Diagnose sei. Vor einem Jahre stellte Justus einen Fall von Pytiriasis rubra pilaris vor, wo das Grundleiden, wie sich später herausstellte, Psoriasis war.

2. **Schwimmer:** Lues maligna. M. E., 30 J. a., Schiffmann, acquirirte im Jänner 1896 ein Geschwür im Sulcus coronarius, welches in Folge Application von Empl. hydrarg. in 2 Wochen verheilte. Im April 1896 entstand an derselben Stelle ein Geschwür, welches hart anzufühlen war. Dazu gesellte sich Anschwellung der Inguinaldrüsen. Bis 1. Juni war Patient unter ärztlicher Aufsicht und es zeigten sich keinerlei syphilitische Symptome. Ende Juli hatte Patient starke

Rachenschmerzen, welche durch kurze locale Behandlung behoben wurden. Mitte August sah P. zuerst an der Beugeseite des rechten Unterarmes eine kreuzergrosse Efflorescenz und einige Wochen später auch an anderen Stellen ähnliche Veränderungen, welche mit grauem Pflaster bedeckt sich nur sehr langsam zurückbildeten. In Folge starker Kopf- und Rachenschmerzen liess sich Patient im December 1896 mit folgendem Stat. präs. auf Schwimmer's Abtheilung aufnehmen: Patient ist gut entwickelt, jedoch abgemagert. An der behaarten Kopfhaut und der linken Stirngegend mehrere hirsekorngrosse und auch grössere, rothbraune, stellenweise mit Krusten bedeckte Efflorescenzen, theils im Stadium involutionis, theils narbig verändert. Auf der rechten Schulter, der Streckseite des rechten Oberarmes und am linken Ellenbogen sieht man thalergrosse, rundliche, scharf begrenzte, rothbraune Exantheme, welche 2—3 Mm. aus dem Niveau der Haut emporragen, deren Oberfläche mit mohn- bis hirsekerngrossen Granulationen bedeckt, einer Erdbeere gleicht. Stellenweise durch normale Haut gebildete Halbinseln, welche in das Centrum des Exanthems hineinragen. Aehnliche, jedoch kleinere Efflorescenzen sind links vom Rückgrat, am linken inneren Knöchel und an der Innenseite des rechten Oberschenkels zu sehen. In der linken Kniebeuge ein pfenniggrosses, rothbraunes, mit einer Kruste bedecktes, hartes Tuberkel. Am Rücken und an der linken Tibia je ein Pigmentfleck. Am Glans penis, beim Orif. Urethrae ein kreuzergrosses, hartes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern und eiternder Oberfläche. Inguinaldrüsen mässig infiltrirt, sichtbare Schleimhäute normal.

S. Róna betont, dass nach seinen Erfahrungen das ätiologische Moment speciell des frühzeitigen Tärtiarismus unter anderem die Tuberculose sei, nachdem er in den meisten Fällen eine manifeste Tuberculose oder hereditäre Momente constatiren konnte. Gegen die Tarnovsky'sche Mischinfection bei der Lues m. spricht vorläufig der Umstand, dass wir nicht im Stande sind, die gleichzeitige Wirkung des Syphilisvirus und der Staphylococcen zu constatiren. Tarnovsky behauptet ausserdem, dass bei L. maligna, eben in Folge der Mischinfection, die Primärläsionen ernster Natur seien. Dies kann Róna nicht bestätigen.

Justus bestätigt Tarnovsky's Befunde auf Grund einer nicht ulcerirten, excidirten Sclerose, wo er auch Staphylococcen fand. Auch Thierversuche sprechen für das Vorhandensein von Mischinfectionen. Wenn man in die Blutgefässe eines Thieres Streptococcen injicirt, so bemerkt man keine Krankheitssymptome. Wenn jedoch beim Versuchsthiere nachher ein Knochenbruch hervorgerufen wird, so entsteht dort Ostemyelitis. Dieses Irritations-Moment bestellt nach Tarnovsky bei der Lues maligna höchstwahrscheinlich das Syphilis virus.

Aschner sah vom Haemolum hydrargiri jodatum (von Rille empfohlen) in 30 Syphilisfällen gute Resultate und fordert zu weiteren Versuchen auf.

Schwimmer schreibt dem Alkoholismus und Tuberculose in der Aetiologie der Lues maligna keine so grosse Rolle zu, nachdem man

sehr oft L. maligna ohne möglichen Nachweis von Alkoholismus oder Tuberculose beobachten kann. Vice versa pflegt die Syphilis bei Alkoholikern oder Tuberculösen oft sehr leicht zu verlaufen. Es wäre wünschenswerth, die Fälle in dieser Hinsicht genau zu beobachten.

3. **Schwimmer:** Hauterkrankung eines mit Hysterie behafteten Mädchens. K. T., 15 J. a. Mädchen, wurde am 6. December 1896 auf Schwimmer's Abtheilung aufgenommen. Am rechten Ober- und Unterarm befinden sich rosarothe bis dunkelrothe längliche Flecken, welche scharf begrenzt, 5—6 Cm. lang, 1—1·5 Cm. breit sind. Ausserdem sieht man an denselben Körpertheilen einige Mm. hervorragende, verschieden geformte, mit braunen Krusten bedeckte Veränderungen, welche als Folgezustände frischer Exsudationen erscheinen. Als dritte Form sieht man am linken Arm, auf der Brust und im Gesicht einzelne, mit feinen weissen Schuppen bedeckte Veränderungen. Die rothen Flecke entsprechen dem Anfangsstadium, woraus in Folge von Exsudation die Krustenbildung und nachher als Rückbildung die mit Schuppen bedeckten Stellen entstehen. — Während einer mehrtägigen sorgfältigen Beobachtung konnte Schw. noch Uebergangsformen wahrnehmen: in den acut auftretenden Erythemflecken entwickelten sich im Verlaufe von circa 12 Stunden einzelne punktförmige Erhebungen, welche sich zu stecknadelkopfgrossen Bläschen mit serösem Inhalt entwickelten; ausserdem konnte man einzelne nadelstich- bis stecknadelkopfgrosse blutige Stellen beobachten, der seröse Bläscheninhalt verändert sich in einen eitrigen oder eitrig blutigen, woraus die Entstehung von Krusten erklärbar ist. Im weiteren Verlauf des Leidens traten frische Flecken am Rumpf, besonders in der Brustgegend auf, überall mit der lebhaft rothen Farbe; es zeigten sich jedoch nicht bei allen die oben beschriebenen verschiedenen Stadien, sondern es trat nach 3—4tägigem Bestand hie und da Erblassen der Efflorescenzen ein.

Die Symptome entsprechen nicht vollständig denen des Erythems. Brennen und Schmerzhaftigkeit war zugegen, Patientin klagte jedoch nie über Jucken und es konnten auch nirgends evidente Kratzeffecte entdeckt werden. Das Krankheitsbild blieb während dem 5wöchentlichen Spitalsaufenthalt unverändert. Aus den subjectiven Erscheinungen musste man als ätiologisches Moment Innervationsstörungen annehmen.

Török hatte den Fall ebenfalls gesehen und bemerkt, dass bei der Beurtheilung desselben die anatomischen Veränderungen und die klinische Diagnose festzustellen seien. Die anatomischen Veränderungen entsprechen einer Hyperämie mit nachfolgendem Oedem. In Folge des letzteren entstehen Bläschen, u. zw. sogenannte exfoliative Bläschen. Bezüglich der Diagnose entsprechen die polymorphen Läsionen, die schubweise Entwicklung der Läsionen, der gute Kräftezustand der Patientin für Dermatitis herpetiformis, wogegen jedoch anderseits die Anordnung und das Aussehen der Bläschen spricht. Ebenso unbestimmt ist die andere Diagnose: Urticaria bullosa, vesiculosa.

Nékám hält die Erkrankung für eine Angioneurose centralen Ursprungs und frägt Schw., ob keine Veränderungen in den inneren Organen beobachtet wurden.

Schwimmer entgegnet, dass bezüglich der anatomischen Veränderungen Török's und seine Ansichten dieselben seien, betreffs der Diagnose meint jedoch Schw., dass die Erkrankung keiner der erwähnten Krankheitsbilder gleich sei und dass hier als Krankheitserreger eine Störung im Nervensystem zu betrachten sei.

4. **Schwimmer:** Ein im königl. Aerzteverein mit der Diagnose Leukaemia cutis demonstrirter Fall. Vor einigen Wochen demonstrirte Dr. Nékám obigen Fall im königl. Aerzteverein als Leukaemia cutis. Schwimmer sah den Patienten damals nur kurze Zeit hindurch und bei schlechter Beleuchtung und erwähnte bei der Discussion, dass er die Veränderung für ein Lymphosarcom hält, was durch die histologische Untersuchung des Dr. Justus bekräftigt werden konnte.

Justus bekam das excidirte Hautstück in Alkohol und färbte die Schnitte mit Karmin und Safranin. Im subcutanen Gewebe sieht man ein scharf umgrenztes Infiltrat, welches sich gegen die Pars papillaris cutis erstreckt. Dasselbe besteht aus stark gefärbten grossskernigen, wenig Protoplasma enthaltenden Rundzellen, welche augenscheinlich ohne Intercellulargewebe dicht aneinander gedrängt sind und nur gegen die Pars papillaris cutis zu weniger dicht erscheinen. An ausgepinselten oder stark geschüttelten Schnitten bemerkt man jedoch zwischen den Rundzellen ein feines Bindegewebsnetz mit unregelmässigen Zwischenräumen, in welche die Zellen eingebettet sind. Die Zellen sind in keinem Zusammenhang mit den Blutgefässen oder präformirten Hautgebilden. In mit wässeriger Anilin-Safraninlösung (nach Babes) gefärbten Schnitten sieht man deutlich viele Mytosen. In Folge dessen musste die mikroskopische Diagnose auf Tumorbildung und zwar auf Lymphosarcom gestellt werden.

Havas hält den Fall prima vista für Mykosis fungoides und wurde in seiner Ansicht beim Durchsehen der hist. Präparate Nékám's bestärkt.

Nékám kann den Fall in keine der 4 verschiedenen beschriebenen Arten der M. fungoides einreihen, ebenso wenig passt derselbe in eine der von Unna beschriebenen 5 Sarkom-Kategorien. Seiner Ansicht nach entspricht derselbe den von Biesiadecki beschriebenen leukaemischen Tumoren, denn diese sind röthliche, weiche, in der Mitte mit einer Delle versehene indolente Tumoren. Der Ursprung der Tumorenbildung zeigt sich unter dem Mikroskop im Unterhautzellgewebe u. zw. in den obersten Schichten der Fettläppchen. Von dort wächst der Tumor aufwärts, infiltrirt die Cutis, ohne jedoch die pars papill. cutis anzugreifen. Mitosen konnte Nékám nicht sehen. Seiner Ansicht nach bestehen die Tumoren aus wahren Lymphzellen, die aus den Blutgefässen ausgewandert als Deposite des leukaemischen Theiles des Blutes anzusehen sind.

Schwimmer erwidert, dass das klinische Bild dem der Mykosis fungoides ähnlich sei, man könnte sogar das Prodromalstadium dieser Erkrankung, das Stadium eczematosum, an den Unterschenkeln erkennen. Das hystologische Bild zeigt ein Lymphosarcom. Die leukaemischen Tumoren pflegen übrigens in der Regel keine solche Grösse zu erreichen, wie sie in diesem Falle zu sehen sind. Die Unna'sche Classification der Sarcome hält Schwimmer für keine abgeschlossene; er würde sich mit weniger als 5 Arten auch zufrieden geben.

Justus bemerkt noch, dass die Infiltrationen nicht dem Verlaufe der Gefässe entsprechend placirt seien. Gegen die Ansicht Nékám's spricht übrigens auch die ziemlich grosse Anzahl von Mitosen.

5. **S. Róna:** Pruritus introitus vaginae et perinei mit consecutiver Kraurosis incipiens. J. G., 26 J. a., Dienstmagd, meldete sich am 30. November 1896 im Spital zur Aufnahme. Seit 3 Wochen verspürt sie ein mässiges Jucken im Introitus vaginae und Anus, als wenn sie Würmer hätte. — Stat. präs.: Die Analfalten, die Haut des Perineums ist schiefergrau, verdickt, stellenweise excoriirt. Introitus vaginae ist weisslich grau, die Schleimhaut spröde, stellenweise mit dicken, weissen Hornstreifen bedeckt und rissig. Urethralgonorrhoe vorhanden. Der Process entspricht dem bei Männern vorkommenden Pruritus perinei et ani, mit dem Unterschied, dass hier die Schleimhaut rigid wurde und eine starke Hypertrophie der Hornzellen vorhanden ist, so dass R. der Meinung ist, dass die Ursache der Kraurosis vulvae in vielen Fällen eine in Folge von mechanischen Reizungen entstandene Lichenification und Bindegewebsinfiltration sei. Diese Veränderungen werden unrichtigerweise hie und da für syphilitische Producte gehalten und daher unrichtig behandelt.

Temesváry, Frauenarzt, bemerkt, dass die Frauenärzte eine in Folge v n Pruritis entstandene Kraurosis nicht anerkennen und hält den Fall für Vulvitis pruriginosa.

S. Róna erwidert hierauf, dass die Frauenärzte selbst nicht darüber einig sind, was sie unter Kraurosis verstehen sollen und dass z. B. Fritsch und auch andere Frauenärzte auch eine in Folge von Pruritis entstandene Kraurosis anerkennen. S. Róna.

Sitzung vom 11. Februar 1897.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

1. **Schwimmer:** Lupus erythematosus papulosus. J. O., 34 Jahre alt, verheiratet bemerkte, vor 3 Jahren, dass auf beiden Gesichtshälften zu gleicher Zeit je ein pfenniggrosser, rother Fleck entstand, welche mässiges Jucken verursachten und schuppten. Nach einem Jahr verbreitete sich der Ausschlag auf das ganze Gesicht, die Ohren und den Nacken. Die an den Rändern der Erkrankung sichtbaren Papeln ent-

standen erst am Ende des ersten Jahres. St. pr. Die Erkrankung bedeckt bis auf ein Viertheil, welches normale Haut zeigt, das ganze Gesicht. Beide Gesichtshälften und der Nasenrücken sind rauh anzufühlen, der Rand des Exanthems ist gegen das untere Augenlid zu erhöht. Die erkrankten Hautpartien sind lebhaft roth und mit einzelnen allein stehenden oder in einander fliessenden Papeln besäet, welche von einander durch kleinere Furchen getrennt sind. Abschuppung zeigt sich auf der ganzen erkrankten Hautfläche. Aehnliche Veränderungen bedecken das ganze Ohr. Die wichtigsten Veränderungen zeigen sich hinter den Ohren in der Gestalt von mehreren centimeterlangen Plaques, welche durch eine ausserordentliche Hypertrophie der Hornsubstanz entstanden sind. An der rechten Seite des Halses atrophische Stellen. Stirne und Kopfhaut intact. Die schmetterlingartige Placirung ist hier von grosser, diagnostischer Wichtigkeit.

2. **Schwimmer:** Mit Methylenblau behandeltes Épitheliom. C. N., 60 J. alt, Schneider, bemerkte vor 5 Jahren unter dem rechten inneren Augenwinkel das Entstehen eines erbsengrossen Knotens, welcher exulcerirte und gegenwärtig ein 5—6 Cm. langes und ebenso breites scharf umgrenztes, flaches Geschwür mit aufgeworfenen Rändern darstellt, welches stellenweise mit Eiter, stellenweise Krusten bedeckt ist und an einzelnen Stellen eine Tendenz, in die Tiefe sich zu verbreiten, zeigt. Der obere Rand reicht knapp bis zum unteren Augenlid und in Folge dessen besteht Ektropium des unteren Augenlides. In Folge der grossen Ausbreitung konnte man in diesem Falle nur nach chirurgischer Entfernung mittelst Plastik ein radicales Resultat erreichen. Vorher jedoch versuchte Sch. eine schon in mehreren Fällen von gutem Erfolg begleitete Behandlung mit 1% Methylenblaulösung. Diese vor 12 Tagen angefangene Behandlung zeigt den jetzt sichtbaren Erfolg, nämlich, dass in der Mitte des Geschwüres die Epithelbildung schon grosse Fortschritte gemacht hat. Herzel bemerkt, dass die Hautepitheliome namentlich im Gesicht verhältnissmässig gutartiger Natur sind und durch schwache Caustica zur Heilung gebracht werden können. H. kennt eine ältere Frau, welche bei ihrem Ulcus rodens ohne Medicamente, nur durch Reinhaltung eine schöne Besserung erzielte. Trotzdem theilt er Schwimmer's Ansicht bezüglich der Methylenblaubehandlung bei solchen kleinen Carcinomen, wo eine Operation contraindicirt ist. Auch darin stimmt er mit Schwimmer überein, dass die Resultate der desinficirenden und adstringirenden Wirkung des Methylenblau zuzuschreiben sind.

Schwimmer gibt zu, dass das Ulcus rodens durch Reinhaltung sich bessert, jedoch ist dieses Resultat mit jenem der Methylenblaubehandlung nicht vergleichbar.

Nékam theilt vollständig die oben angeführten Ansichten. Gewisse Anilinfarben üben sogar auf grössere Sarcome gute Wirkung aus. Ein Melanosarcom, welches local mit Pyoktanin behandelt wurde, zeigte

Zeichen der Rückbildung, welche jedoch den Patienten von Metastasen nicht befreien konnte.

Justus beobachtete einen Fall von Hautcarcinom — welches vom Hinterbacken bis zum Unterschenkel reichte — mit reichlichem und übelriechendem Secret, dessen Geruch durch keine Behandlung entfernt werden konnte. Injectionen und Pinselungen mit Methylenblaulösung nahmen in kurzer Zeit den Geruch des Geschwüres. Wenn wir das Methylenblau in normales Gewebe injiciren, so färbt sich das Gewebe nicht, wenn wir jedoch die Lösung in ein ulceröses, in Absterben begriffenes, resistenzunfähiges Gewebe bringen, so färbt sich dasselbe blau, die abgestorbenen Zellen nehmen das Methylenblau auf, und dadurch verlieren dieselben ihre Eigenschaft als Nährboden der Fäulnissbakterien.

Nékam bemerkt hierauf, dass das lebende Gewebe, wie dies die Methylenblaufärbung der lebenden Nerven zeigt, das Methylenblau aufnimmt; die antiseptische Wirkung dieser Farbe ist gleich mit Null. Das Methylviolett verhindert die Eiterung seiner Ansicht noch dadurch, dass es durch seine negative chemotaktische Wirkung die Auswanderung der weissen Blutkörperchen aus den Geweben verhindert.

Justus erwidert, dass die Färbbarkeit der lebenden Nerven mit Methylenblau auch seine Ansicht unterstützt, nachdem der Stoffwechsel des Nervensystems, wie bekannt, in Folge der minimalen Oxydation ein sehr geringer ist. Ausserdem ist auch die Färbbarkeit der Nerven von kurzer Dauer, denn die langsame Oxydation benimmt wieder die blaue Farbe des Gewebes. Die im Absterben begriffenen Theile des Geschwüres nehmen schon nicht Theil an der normalen Oxydation, verbinden sich daher mit dem Methylenblau, und diese blaue Färbung bleibt ständig, bis die abgestorbenen Gewebselemente abgestossen werden. Das gesunde Gewebe jedoch bleibt nur für sehr kurze Zeit blau und entfärbt sich alsbald in Folge der Oxydation. Das Methylviolett hat wirklich eine negative chemotaktische Wirkung; dies bezieht sich jedoch nicht auch auf das Methylenblau.

3. **Schwimmer:** Lues leontiasiformis. M. H., 37 Jahre alt, verheirateter Taglöhner, hat 5 lebende, gesunde Kinder, das Jüngste lebte jedoch nur ein halbes Jahr. Patient litt angeblich nie an einem venerischen Leiden. Im Juni vorigen Jahres bemerkte er auf den Extremitäten und auch an den anderen Theilen des Körpers zerstreut kleine, rothe Knötchen, welche exulcerirten. Die grössten Geschwüre hatte er auf den Unterschenkeln. Im September vorigen Jahres stand er im Trencsiner Spital in einer vor uns unbekannten Behandlung. Vor einigen Tagen wurde er auf unsere Abtheilung mit folgendem Status präsens aufgenommen: Auf der linken Gesichts-, Stirn- und Kopfhauthälfte befinden sich thalergrosse und auch etwas grössere, infiltrirte, erhabene, rothe Veränderungen, welche theilweise in einander übergehen. Auf der linken Seite des Unterkiefers sieht man am Knochenrande einige erbsen- bis haselnussgrosse Erhabenheiten. An der Oberlippe und an der rechten Seite des Oberkiefers, um den Nasenflügel herum, als auch am Nasen-

rücken befinden sich kleinere, mit Epithel bedeckte Knötchen. Auf der Kopfhaut sind nur flache Fleckbildungen in grösserer Ausdehnung zu sehen. Die Drüsen hinter den Ohren, als auch am Halse sind stark vergrössert. Aehnliche Veränderungen, wie im Gesichte, sieht man am ganzen Körper: thalergrosse und auch grössere, dunkelrothe, theilweise durch Zusammenfliessen einzelner Knötchen entstandene, unebene, theilweise schon flache Plaques, zwischen welchen hanfkorn-, linsen- bis bohnengrosse Efflorescenzen zerstreut sind. Geschwüre sind nirgends, jedoch die an einzelnen Plaques sichtbaren centralen Vertiefungen lassen auf vorhergegangene Ulcerationen schliessen. An den unteren Extremitäten sind ähnliche Veränderungen, in kleinerem Masse auf den oberen Extremitäten. Auf der Penishaut einzelne Pigmentflecke. Der linke Hoden vergrössert. Die sichtbaren Schleimhäute zeigen keine Krankheitssymptome.

Vom diagnostischen Standpunkte betrachtet, sind die auf der Stirn- und Nasenhaut befindlichen Veränderungen am wichtigsten, während die weiteren Gesichtsveränderungen in gewisser Hinsicht an die leprösen Formen erinnern, welche wir bei der Lepra tuberculosa zu sehen gewohnt sind.

4. **S. Róna:** Psoriasis atypica. Die vorgestellte 18jährige Puella publica wurde am 1. December vorigen Jahres mit Gonorrhoe und kleinpapulösem Exanthem um die beiden Brustwarzen herum aufgenommen. Der Ausschlag bestand erst seit einigen Tagen. Früher hatte Patientin nirgends einen Ausschlag. An beiden Brustwarzen sieht man 8—10 hanfkorngrosse, blassrothe, kaum schuppende Papeln; 3—4 ähnliche sieht man auf der linken Seite der Rückenhaut. In den ersten Tagen dachte R. an Pityriasis rosea, später, als die einzelnen Papeln sich diffus vergrösserten, an gewöhnliche, irritative Läsionen. Pilzbefund negativ. Kurze Zeit nachher konnte R. durch Abschaben der Schuppen den bei Psoriasis vulgaris bekannten Effect erzielen.

5. **S. Róna:** Pediculi pubis und deren Eier auf den Nackenhaaren; maculae coeruleae und roseolae syphiliticae. Bekanntlich leugnen die Autoren das Vorkommen der Pediculi pubis auf der behaarten Kopfhaut. Vor einigen Jahren veröffentlichte R.'s damaliger Assistent Dr. Heisler seinen ersten diesbezüglichen Fall. Bei dem hier vorgestellten 22jährigen Mädchen findet man am Mons veneris, in den Axelhöhlen, aber ausserdem auch am Nacken die Pediculi pubis und deren Eier. Dieser Fall zeugt dafür, dass, obwohl selten, diese Thierchen auch auf den Kopfhaaren vorkommen, und sich vermehren können. An derselben Patientin kann man auch um die Axelhöhlen herum die durch die Pediculi pubis verursachten stahlblauen Flecke beobachten, welche von der ebenfalls vorhandenen Roseola syphilitica gut zu unterscheiden sind.

6. **Havas** stellt einen Fall von Xanthoma planum et tuberosum universale vor. Das Leiden begann bei dem $4^1/_2$ Jahre alten Mädchen in seinem 11. Lebensmonat. Die Eltern sind gesund, Lungenkrankheit oder andere constitutionelle Leiden kamen nicht vor. Ein

ähnliche Hautkrankheit wurde bei keinem der Verwandten beobachtet. Die Mutter gibt an, dass sie knapp nach der, mit starker Entzündung einhergehenden Vaccination auf der Stirne des Mädchens rothe Knötchen bemerkte, welche sich seitdem fortwährend vermehrten. Das Kind ist guter Laune, hat guten Appetit, klagte nie über Schmerzen oder Jucken. St. p : Die ganze Gesichtshaut und die Regio submentalis ist strohgelb, zeigt nur hie und da einzelne gesunde Hautinseln. Auf der Stirne, um die Nasenlöcher und um den Mund herum bemerkt man runde oder längliche, resistentere, hanfkorn- bis erbsengrosse Erhabenheiten. Am Rumpf und den Streckseiten der Extremitäten sind harte, schwefel- oder strohgelbe, etwas grössere Knoten. An den Streckseiten der beiden Oberarme, als auch in der Regio glutealis sind grösstentheils rothe, etwas gelblich durchscheinende Knoten. Die Haut ist über den Knoten gespannt, glänzend oder pergamentartig und runzelig, sonst überall weich, sammtartig, nicht fett, nicht schuppend, nicht juckend. Icterus ausgeschlossen. Nervensystem und übrige Organe vollkommen gesund. Urin und Blut normal. Das klinische Bild entspricht dem Xanthoma planum et tuberosum vulgare, als Unterscheidung von dem, von Besnier beschriebenen X. diabeticorum. Diese letztere Form ist eigentlich, wie Török richtig behauptet, kein Xanthom, sondern eine, durch irritative Vorgänge entstandene fettige Degeneration der Haut. Die Aetiologie des X. ist noch unerforscht. Der Umstand, dass das Leiden sehr oft mit Leberkrankheiten zugleich aufzutreten pflegt, führte zu der Ansicht, dass zwischen beiden ein Nexus bestehe. Weitere Beobachtungen zeigten jedoch, dass das X. in den meisten Fällen ohne Leberleiden existire. Arthritis, Diabetes, trophische Störungen, parasitärer Ursprung, Blutveränderungen (verringerter Hämoglobingehalt, Fett und Colestearinanhäufung), Xanthodermie (Gelbfärbung der untern Retezellen) und endlich Heredität wurden ebenfalls in Betracht genommen. Die histologischen Untersuchungen konnten ebenfalls kein Licht in die Aetiologie werfen. Alle fanden eine Bindegewebsneubildung im Derma, in welchem sowohl zwischen den Bindegewebselementen, als auch in denselben selbst Fettropfenablagerungen gefunden wurden. Török hält das Xanthomgewebe für analog mit dem physiologischen Fettgewebe, welches beim Xanthom eine incomplete und heterotopische Entwicklung, nämlich eine intradermale resp. subepitheliale zeigt. Diese Ansicht wird durch jene Fälle bestärkt, welche in mehreren Generationen einer Familie beobachtet wurden (Chursch, Török). Nach Flemming kann sich jede Bindegewebszelle in eine Fettzelle umwandeln; beim Xanthom müssen wir neben der Hyperplasie der Zellen auch eine Disposition zur fettigen Degeneration annehmen. Von dieser Anschauung ausgehend meint Török auch jenen Umstand erklären zu können, weshalb eine Leberhypertrophie oder Icterus zu gleicher Zeit, oder eines dem andern folgend aufzutreten pflegt. Wenn man von jenem Umstand ausgeht, dass das Xanthom in den Wandungen der Luftröhre, der Bronchien, an der Intima des Herzens, der Blutgefässe, an der Oberfläche der Milz, in den Gallenwegen vorkommt, eine Hyper-

trophie des interglandulären Bindegewebes verursacht, so ist es erklärlich, wie eine secundäre Hepatitis hypertrophica cirrhotica entstehen kann. Nach Török ist daher das Xanthom eine Anomalie, welche durch eine vererbte oder congenitale Neigung zur Proliferation und fettigen Degeneration der Bindegewebszellen an solchen Stellen entsteht, wo dies unter normalen Verhältnissen nicht vorzukommen pflegt, mit einem Worte eine Formationsanomalie, eine Entwicklungsanomalie und keine Geschwulst. Die Prognose ist quoad vitam nicht schlecht, quoad sanationem sehr schwach, denn therapeutisch kann man ausser chirurgischen Eingriffes kaum Etwas machen. Morrow glaubt durch Emplastrum salicylicum ein Resultat zu erreichen. Patient nimmt jetzt Arsen.

Török bemerkt, dass Darier seine Eintheilung, wonach er das Xanthoma elasticum zum Xanthoma vulgare reihte, angefochten hatte; Darier hält das Xanthoma elasticum nicht für ein Xanthom. Anschliessend an den vorgestellten Fall bemerkt T., dass die Veränderungen an beiden Oberarmen auf ihn den Eindruck eines Nävus machen, was übrigens auch nur dafür sprechen würde, dass das Xanthom eine Bildungsanomalie sei.

Schwimmer frägt den Vorstellenden, in welchem Verhältniss das Auftreten der an einzelnen Stellen sichtbaren Erytheme mit dem der Xanthomtuberkeln sei.

Havas kennt den Fall erst seit 2 Wochen, und kann daher auf die Frage keine Antwort geben. Die Mutter des Kindes jedoch sagt, dass die Knötchen später entstanden sind, als die Flecke, und H. ist auch der Ansicht, dass aus diesen Erythemen die Xanthomknötchen entstehen.

7. **Török:** Pityriasis rubra pilaris (Lichen ruber acuminatus). Bianca G., 9 Jahre alt, erkrankte vor circa 5—6 Monaten. Das Leiden begann an den Füssen. In der Familie kam eine ähnliche Erkrankung nicht vor. Abgesehen von einigen vergrösserten Halsdrüsen sieht das Mädchen gesund aus. Die Hautläsionen sind auf der Beugeseite der Ober- und Unterarme, auf der Streckseite der Oberschenkel, auf beiden Seiten der Unterschenkel, am Bauche, in der Nabelgegend und in geringerer Zahl am Rückgrat und auf der Brusthaut placirt. Die Läsionen treten gruppenweise auf und entsprechen ausschliesslich den Follikeln. Das Leiden beginnt auf die Art, dass auf circa nagelgrossen Hautflächen die Follikelöffnungen mit einem weisslichen, derben und schwer abtrennbaren Hornkonus verschlossen sind, nach dessen gewaltsamer Entfernung hie und da Blut austritt. Solche Gruppen sieht man auf der Brust, am Bauche, in der Inguinalfalte und am Nacken. Auf den oberen Extremitäten ist die Haut zwischen den Hornpfropfen blass hyperämisch und ein wenig ödematös. Einige jüngere Gruppen, besonders in der Achselgegend, bestehen aus nadeldünnen Coni ohne Hyperämie. An den Oberschenkeln treten die Pfropfe stärker hervor, um dieselben ist die Hyperämie ausgesprochener. Auf der Streckseite des rechten Oberschenkels sieht man die folliculären Veränderungen auf einer thalergrossen Fläche. Auf den Unterschenkeln erstreckt sich die

Veränderung der Epidermis auch auf die interfolliculären Hautflächen; die Hornpfropfe kann man hier zwar noch gut unterscheiden, zwischen denselben befinden sich jedoch schuppende Hautflächen. Mässiges Jucken. Auf den Handflächen, Fusssohlen, im Gesichte, auf der behaarten Kopfhaut keine Veränderungen.

8. **Justus:** Gangraena hysterica. Das 20jährige Mädchen, bei welcher Neurologen Hysterie diagnosticirten, litt vor 7 Jahren zuerst an obigem Hautleiden. Damals schwoll der rechte Handrücken ohne äussere Ursache an, war bläulich roth, nach kurzer Zeit schwarz und gangränesirte. Das Gangrän reichte bis an die Sehnen und Knochen und heilte sehr langsam mit Hinterlassung von beträchtlichen hypertrophischen Narben. Seit dieser Zeit entstanden in den weiteren 3 Jahren an den verschiedensten Hautpartien circumscripte Gangräne, welche bald nur die oberen Hautpartien ergriffen, bald in das Unterhautzellgewebe und noch tiefer sich erstreckten. — Auf Pf. Schwimmer's Klinik steht die Patientin seit beinahe 3 Jahren in Beobachtung, so dass der ganze Krankheitsprocess einzelner Gangräne beobachtet werden konnte. — Das Leiden beginnt mit einer circumscripten Röthe oder auch ohnedem, dann wird die Hautpartie grau und erhebt sich an einer erbsen- bis kreuzergrossen Partie zu einer Blase, welche sich alsbald zu einer eingesunkenen, eingetrockneten, fest anhaftenden Kruste umwandelt. Letztere wird mit der Zeit schwarz, nimmt an Umfang zu und ist meistens rund oder oval. — Der Process zieht sich 1—2 Tage oder auch Monate lang hinaus, bis endlich eine bei oberflächlichem Gangrän oberflächliche, bei tiefer greifendem G. hypertrophische Narbe entsteht.

Am ganzen Körper sieht man gegenwärtig mehr als 40 Narben. In den letzten 2 Jahren waren keine Eruptionen, nur seit 2 Monaten besteht neuerdings an der die rechte Tibia bedeckenden Hautpartie ein zweithalergrosses Geschwür. —

Schwimmer erinnert an die von ihm vorgestellte hysterische Hautkrankheit. Wenn man diese 2 Fälle mit einander vergleicht, bemerkt man, dass bei beiden rothe Flecke auftreten, welche binnen 24 Stunden sich zu Bläschen umbilden und dann eintrocknen. Während jedoch bei dem früher vorgestellten Falle die Krankheit durch das Eintrocknen abgeschlossen war, so entwickelt sich in dem jetzt vorgestellten aus dem Bläschen ein Geschwür, woraus sich ein Narbenkeloid bildete.

Basch sah im vergangenen Herbst einen ähnlichen Fall in Mailand auf Bertarelli's Abtheilung. Derselbe unterschied sich nur dadurch von den jetzt vorgestellten, dass dort das Hautgangrän kreisrunde Formen zeigte und dass dort die Heilung nicht mit einem Keloid, sondern mit einer einfachen, glatten Narbe vor sich ging.

Justus bemerkt, dass die Keloidbildung bei seinem Falle auch nicht nothwendigerweise auftritt, nachdem auch hier mehrere Geschwüre ohne Keloidbildung verheilten.

9. **Feleki:** Hydrokele communicans funiculi, geheilt. Vor circa 3 Monaten stellte F. denselben jungen Mann vor, bei

welchem im rechten Hodensack eine zwischen taubenei- und ganseigrösse variirende Geschwulst sich befand, welche Patient seit Kindesjahren beobachtet hatte. F. stellte damals obige Diagnose auf, und erklärte die temporär variirende Grösse der Hydrokele dadurch, dass dieselbe durch einen feinen Canal mit der Bauchhöhle communicirt, und erwartete durch das allmälige Hineinpressen des Bruchinhaltes in die Bauchhöhle mittels Application eines festen Compressivverbandes vollständige Heilung. Bei der damaligen Vorstellung hielt Dr. Alapi die Diagnose für nicht ganz sicher und konnte eine Hydrokele bilocularis nicht ausschliessen. Auch hielt A. zur Heilung einen chirurgischen Eingriff für nothwendig. F. applicirte die oben erwähnte Methode und erreichte ein vollständiges Resultat damit. Trotzdem Patient seit zwei Wochen keinen Verband und auch kein Bruchband trägt und anstrengende Arbeit verrichtet, ist keine Spur einer Flüssigkeitsansammlung vorhanden. F. hofft, dass keine Recidive eintreten wird.

10. **Deutsch** stellt einen Fall von Dermatitis herpetiformis (Duhring) vor. K. B., 40 Jahre alte Taglöhnerin, gibt an, dass sie vor 2 Monaten in Begleitung von starkem, quälendem Jucken und Brennen auf den Extremitäten und der Brust rothe Flecke, bald nachher Bläschen und Blasen bekam, welche binnen 2—3 Wochen den grössten Theil der Oberhaut bedeckten. Einen ähnlichen Ausschlag hatte die Kranke auch vor einem Jahr. St. pr.: An den oberen und unteren Extremitäten, auf der Brust-, Rücken- und Nackenhaut sieht man auf mässigen Druck erblassende, rothe Flecke, und erbsen- bis bohnengrosse Blasen und Pusteln. In Folge des Kratzens sieht man Hautabschürfungen, welche ebenso, wie die eingetrockneten Blasen mit Krusten bedeckt sind. Allgemeiner Zustand durch das Leiden kaum beeinträchtigt.

Török hält die auf den Brüsten sichtbaren Veränderungen für ein Eczem.

S. Róna erwähnt im Anschluss an den vorgestellten Fall einen aus seiner Privatpraxis, bei welchem die Dermatitis herpetiformis seit 5 Jahren besteht, und auch die Schleimhäute so stark afficirte, dass sich eine secundäre Leukoplakie entwickelte. Auf der Oberhaut entstanden an Stelle der Bullae und Vesiculae viele hundert Milia.

S. Róna.

Verhandlungen der Société française de dermatologie et de syphiligraphie in Paris.

Sitzung vom 14. Januar 1897.

Präsident: Dr. E. Besnier.

Nélaton bespricht die chirurgische Behandlung des Lupus mit Volkmann'schem scharfem Löffel und nachfolgender Cautherisation, unter Vorstellung von Fällen. Thibierge, Hallopeau und Brocq erkennen das vorzügliche Resultat an; Du Castel fürchtet Keloïd der Narben, das nach Nélaton jedoch nur bei sehr tiefen (Paquelin-) Cautherisationen zu befürchten ist.

L. Brocq stellt einen Fall von Telangiectasies en plaques multiples vor. Eine 59jährige Frau, die mit 21 Jahren Lues acquirirt, später verschiedentlich krank gewesen ist, zeigt am linken Oberschenkel 140, am rechten 200, am linken Unterschenkel 22, am rechten 110 symmetrisch angeordnete, weinroth bis hochrothe Flecken. Dieselben sind nicht erhaben, aber auch nicht unter dem Niveau der Haut; beim Stehen nimmt die Färbung zu, mindert sich dagegen beim Liegen. Ihre Grösse variirt von Stecknadelkopfgrösse bis zum Durchmesser eines 50 Centimesstückes; die meisten sind von der Grösse eines 20 Centimesstückes. Die grösseren Flecke tragen zum Theil weisse, unregelmässig begrenzte, stecknadelkopf- bis linsengrosse Knötchen, von perlmutterartigem oder narbigem Aussehen. Die Oberfläche der Flecken zeigt grosslamellöse, perlmutterglänzende Schuppen. Weiter sieht man dilatirte Hautvenen und Varicen. An den Schenkeln finden sich einige luesverdächtige Tumoren; auf der Zunge eine wahrscheinlich auf Lues zurückzuführende sclerosirte Stelle. Hie und da einige Naevi. Im ganzen ist die Haut etwas xerotisch und zeigt kleine Narben von Keratosis pilaris.

Die Person ist äusserst nervös. B. glaubt für diesen Fall eine nervöse Ursache annehmen zu müssen. Es ist eine Zusammenstellung ähnlicher Fälle aus der Literatur angeführt.

Du Castel stellt einen Fall von Lupus erythematosus des Gesichtes mit psoriasiformer Abschuppung und „Folliclis" der Hände vor.

Vor 7 Jahren plötzliches Auftreten eines fleckigen Erythems, mit Gefühl von Brennen und gleichzeitigen Schluckbeschwerden. Seither besteht die Affection, aber nicht immer in gleicher Intensität. Vor drei Jahren soll ein schweres Erysipel überstanden sein. Zu dieser Zeit sind die eigenthümlichen Krusten aufgetreten, die noch heute das Gesicht

bedecken. Gleiche Flecken finden sich auf der behaarten Kopfhaut, theils narbig, theils mit Schuppen.

Der Handrücken beiderseits ist ebenfalls mit rothen, anhaftende Schuppen tragenden oder narbigen Stellen bedeckt — hier mindert sich der Lupus erythematosus im Sommer. (? Ref.)

Die Handflächen zeigen narbige Flecken und solche, wie sie auf dem Handrücken beschrieben sind; in der Cutis finden sich einige entzündliche kleine Knötchen.

Du Castel. Zwei Fälle von Trichophytie der unbehaarten Körpertheile.

Im ersten Falle handelt es sich um Herpes tonsurans der Schulter; im zweiten Falle zeigt ein junges Mädchen in der Handfläche schuppende, nicht entzündliche Flecken mit erhabenem Epithelhof. Drei Nägel zeigen eine vom freien Rande gegen die Matrix vorschreitende Affection. Die trichophytische Natur dieses Falles wird von Hallopeau, Tenneson und Besnier, wohl mit Recht, in Zweifel gezogen. Mikroskopische Untersuchung fehlt.

Thibierge stellt einen Fall von Narbenkeloïd der Sternalgegend vor, hervorgerufen durch Anwendung von Jodtinctur (mit Verbrennungen zweiten und dritten Grades).

Thibierge. Ein neuer Fall von Folliculitis disseminata, vorwiegend an den Händen und an den Ohren, bei einem Individuum mit Polyadenitis tuberculosa. Da es sich hier um die als Folliclis, folliculitis disseminata, Hidradenitis suppurativa und kürzlich von Darier als „Tuberculide" bezeichnete Affection handelt, ist ein näheres Eingehen auf den Fall gerechtfertigt. Ein 40jähriger, neurasthenischer, vor 12 Jahren syphilitisch inficirter Mann zeigt auf dem Handrücken, besonders in der Umgebung der Metacarpo-Phalangealgelenke, auf dem inneren Rande der Hand und auf dem zweiten Metacarpus, weiter auf der Dorsalfläche, sowie an den Rändern der vier letzten Finger, folgende, in allen Stadien zu beobachtenden Affectionen. Anfangs bildet sich eine rein rothe Hervorragung, mit einem kleinen acuminirten Pustelchen im Centrum, von der Grösse eines gläsernen Stecknadelkopfes, von fester Consistenz. Nach einigen Tagen wird diese Hervorragung etwas bläulich, von derberer Consistenz; die Pustel vergrössert sich etwas und plattet sich ab; dann platzt dieselbe und macht einer bräunlichen Kruste Platz, die ziemlich fest haftet und um die jenes beschriebene Infiltrat eine Art Krater bildet von fester, fibröser Consistenz. Schliesslich endet der Process mit einer festen, regelmässig runden, leicht vertieften Narbe, ähnlich denen der Acne necrotica, umgeben von einem rothen Hof, manchmal leicht pigmentirt, später weiss. Die Hände zeigen ziemlich bedeutende Stauungshyperämie und Algidität. — Aehnliche Eruptionen finden sich an der Hinterseite der Ellenbogen, links in der Poplitialgegend, an den Nates, auf dem Rücken. Besonders zahlreich sind sie an der Kante des Ohres, besonders am inneren Rande; hier hat die Affection, nach Erfrierung, vor 25 Jahren begonnen, während sie an den

Händen erst im vorigen Jahre — ohne dass Frost voraufgegangen sei — begonnen hat. Seit 4 Jahren bestehen in der rechten Achselhöhle und an der rechten Halsseite Drüsenschwellungen. Histologische, bakteriologische und experimentelle Untersuchungen sollen später mitgetheilt werden.

Hallopeau und **Bureau** stellen einen Fall von „Mycosis fungoïde avec masque spécial" und Prurigo vor.

Ein besonders, den oberen Theil des Gesichtes mit starken Infiltraten bedeckender Fall von Mycosis fungoïdes, der vor 6 Jahren mit einem rothen, erythematösen, ausserordentlich juckendem Flecken am linken Oberschenkel begonnen hat. Interessant ist — was wohl überhaupt die Regel ist — dass auch dieser Fall von competenten Aerzten zunächst auf Ekzem und Psoriasis behandelt ist. Besnier ersucht, in diesen Fällen Versuche mit dem Hoang-Nan zu machen.

Hallopeau und **Bureau**, ein Fall von „Tuberculides acnéiformes et nécrotiques".

Ein Fall, wie der von Thibierge (s. weiter oben) vorgestellte, mit ausserordentlich genauer Krankengeschichte. Ausser den Drüsen, ist eine über den ganzen Körper ausgedehnte Eruption zu constatiren. Es entwickeln sich zunächst kleine Papeln, leicht hervorragend, acuminirt, von Stecknadelkopfgrösse, blassroth, rosa; bald bildet sich an der Spitze eine kleine Epidermisabhebung, eine kleine „vésico-pustule" mit gelbem Inhalt. Diese Elemente entwickeln sich in der Tiefe des Derma und werden, je mehr sie sich entwickeln, desto dunkler gefärbt; besonders an den unteren Extremitäten werden sie livid. Sie können, stark vorspringend, bis stark erbsengross werden. Die centrale Pustel zeigt eine kleine Delle. Der centrale Krater, nach Eröffnung der Pustel, ist circa 2 Millimeter tief. Die weitere Entwicklung ist, wie oben beschrieben. Meistens stehen die Elemente isolirt, manchmal, besonders am Handgelenk und an den Knien, vereinigen sie sich zu unregelmässigen, ein bis zwei Centimeter im Durchmesser haltenden Gruppen. Die erythematöse Randzone ist nach der Abheilung oft pigmentirt. Hallopeau hält die Darier'sche Bezeichnung „Tuberculide" für die geeignetste. Barthélémy glaubt, dass die unter gleicher Etiquette vorgestellten Fälle doch nicht vollständig identisch sind; der Verlauf sei für die Affection, welche er als Folliclis bezeichnet habe, zu acut und die Elemente nicht isolirt genug. Leredde will ein syphilitisches Element in dem Nebeneinander der neuen und alten Eruptionen sehen. Moty führt die Elemente auf hämatogen verschleppte Tuberkelbacillen zurück und wünscht dahin gehende Untersuchung.

Brocq veranlasst bei Mittheilung einer „neuen Thatsache zur Geschichte der Tuberculide" eine lebhafte, sehr instructive Discussion. Bei einem jungen Mächen, die nur an Frostbeulen an den Händen und an den Füssen gelitten hat, finden sich Anfangsstadien von Angiokeratom, in Form telangiectatischer Flecken an Ohren, Händen und Füssen. Zahlreiche Drüsen in der Cervicalgegend und seit einigen Monaten Abmagerung. Vor sechs Monaten hat sich auf der Nase spontan eine „Tuberculide" entwickelt, ist aber spontan geheilt; vor 8 Tagen hat

sich eine der in den vorhergehenden Beobachtungen mitgetheilten Beobachtungen gleiche Eruption auf dem Kopf, auf der Nase, am linken Ellbogen, auf den Brüsten und besonders auf den Händen entwickelt. Auf dem Kopf sind die confluirten Flecken nicht von Lupus erythematosus zu unterscheiden. Obwohl gerade diese letztere Thatsache klinisch für die Richtigkeit der Darier'schen Auffassung der „Tuberculides" spricht, kann Brocq dennoch gerade in klinischer Beziehung Zweifel nicht unterdrücken. Eruptionen, die spontan gehen und kommen, ohne Intervention heilen mit der beobachteten Schnelligkeit, als tuberculös anzusprechen, erscheint Brocq widersinnig — es sei denn, man nehme hier Toxinwirkung an. Vorsicht bei Annahme der tuberculösen Natur ist jedenfalls geboten. B. glaubt, dass man Terrain und Ursache verwechselt hat. Dass tuberculöse Individuen ein günstiges Terrain abgeben können zur Entwickelung auch anderweitiger Schädlichkeiten, ist zweifellos; ja die Tuberculose kann die Entwickelung gewisser Hautaffectionen, die nicht tuberculöser Natur sind, begünstigen. Frostbeulen und Keratosis pilaris sind deshalb, weil sie bei tuberculösen Individuen vorkommen, noch lange nicht tuberculöser Natur -- man hat aber selbst das schon behauptet.

Darier sagt, dass, bis man neue Erfahrungen gesammelt hat, man allerdings nicht sagen könne, dass diese Affectionen direct tuberculöser Natur seien — aber sie entwickeln sich auf tuberculösem Terrain und stehen in enger Beziehung zur Tuberculose.

Gaston weist darauf hin, dass auf Fournier's Abtheilung bei den hieher gehörigen Kranken häufig scrophulöse Augenentzündungen beobachtet werden. Es folgt eine ziemlich unklare theoretische Erörterung über Syphilide, Tuberculide und Scrophulide.

Barthélémy, der die Gruppe der „Acnitis" und „Folliclis" zuerst aufgestellt hat, will dieselben vorläufig von den tuberculösen Hautaffectionen scharf unterschieden wissen. Hallopeau erinnert daran, dass er 1895 einen Fall vorgestellt hat, bei dem sich Lupus erythematosus, Folliclis und Lichen scrophulosorum vereint fanden. Das schnelle Verheilen der Follicliseruptionen spricht nicht gegen Tuberculose, da sie als Toxineffect aufzufassen seien. Besnier räth vor weiteren Discussionen die experimentellen Entscheidungen des Laboratoriums abzuwarten.

Hallopeau und **Bureau** stellen einen Fall von „pseudopelade en bande" vor.

Ein Fall von nicht parasitärer Alopecie; eine plötzlich entstandene 8 Centimeter lange, 1 Centimeter breite, kahle Stelle am Hinterkopf. H. glaubt eine Trophoneurose annehmen zu müssen. Es würde das auf die von vielen Schülern der Wiener Schule angenommene Möglichkeit der Entstehung des Area Celsi sowohl auf parasitärem, wie auf nervösem Wege hinauskommen.

Chaillous stellt das vorzügliche Resultat eines operirten entfernten Rhinophym — Acné hypertrophique — vor. Die ganze

hypertrophische Masse ist mit dem Bistouri bis auf den Nasenknorpel entfernt worden.

Galezowski. Ueber scrophulöse Augenerkrankungen und ihre Beziehungen zur hereditären Syphilis.

G. fragt, was ist Scrophulose und welches ist seine Ursache?

Als scrophulöse Erkrankungen werden bezeichnet:

a) Knöcherne Verengerung des Nasencanals.

b) Phlyctenuläre Conjunctivitis oder Ophthalmie; nach Mackenzie soll speciell die Cornealphlycte immer scrophulöser Natur sein.

c) Impetiginöse oder eczematöse Eruptionen der behaarten Kopfhaut sind ein Krankheitszustand lymphatischer oder scrophulöser Kinder, der gewöhnlich als „gourme" bezeichnet wird.

d) Arlt bezieht die interstitielle Keratitis theils auf Syphilis, theils auf Scrophulose.

G. sagt nun, dass er häufig Gelegenheit gehabt habe, bei sogenannten scrophulösen Kindern Choroïditis atrophica und pigmentosa zu beobachten, bei gleichzeitigem Bestehen von Eczem des Gesichtes, Kopfes, Stirn oder Nase, Lippen, Augenlidern, der Wangen und bei Vorhandensein von Drüsenschwellungen. Diese Kinder wurden durch antisyphilitische Behandlung geheilt; die Choroïditis hat Halt gemacht und das centrale Sehen ist wieder hergestellt. Auf Grund seiner Beobachtungen zieht G. folgende Schlüsse:

1. Scrophulöse Augenaffectionen sind eine Manifestation entweder syphilitischer oder tuberculöser Heredität.

2. Meistens finden sich bei Kindern, welche an sogenannten scrophulösen Opthalmicen leiden, beide Ursachen combinirt.

3. In der Mehrzahl der Fälle ist die Syphilis mehr anzuschuldigen, als die Tuberculose.

4. Bei allen sogenannten scrophulösen Affectionen des Auges tritt auf antisyphilitische Behandlung, speciell auf methodisch durchgeführte Schmiercur Besserung und Heilung ein.

5. Die phlyctenuläre Conjunctivitis oder Keratitis sind keineswegs constitutionelle Affectionen, sondern einfach fieberhafte oder anderweitige herpetische Affectionen.

Fournier meint, man könne für die vorliegenden und für die als tuberculid bezeichneten Affectionen ebenso die Bezeichnung paratuberculös wählen, wie er die Bezeichnung parasyphilitisch geschaffen habe.

Gaucher und **Hermary** stellen vor einen Fall von Psoriasis palmaire atypique kératosique, in Moulage.

Die psoriatische Natur der Affection wird durch einen typischen Psoriasisfleck am Ellbogen bewiesen. Die hornige Verdickung der Hand- und Fingerflächen ist so bedeutend, dass die Finger nicht vollständig einander genähert werden können und die Bewegungen der Hand sehr beschränkt sind. An den Füssen bestehen ebenfalls Epidermisverdickungen. An Händen wie Füssen sind die Nägel ebenfalls ergriffen.

Fournier und **Sauvineau** berichten über Augenstörungen hereditär-syphilitischen Ursprungs.

Das 18jährige Mädchen hatte Malformationen der Zähne, specifische Ostitis der Tibia rechts, ulcerirte Gummen des linken Unterschenkels. An den Augen sind zweierlei Affectionen. Erstens besteht ausgesprochener Strabismus convergens des linken Auges. Es handelt sich um paralytischen Strabismus; in Folge dessen hat eine vorgenommene Tenotomie auch nicht von Nutzen sein können. Die Pupille ist etwas erweitert, aber vollständig unempfindlich auf Lichteinfall. Die ophthalmoskopische Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt zweierlei Veränderungen. Einmal eine Atrophie der Choroïdea, atrophische Flecken mit Pigmentrand, mit secundärer Atrophie des Pigmentepithels der Retina. Zweitens eine Lageveränderung des Epithels der Retina selbst mit arterieller Sclerose. Das Pigment unregelmässig, in Streifen, in kleinen Anhäufungen vertheilt, ähnlich wie es sich bei congenitaler Retinitis findet.

Galezowski bestätigt Sauvineau's Auffassung dieses Falles.

Audry und **Iversene** betonen, unter Vorstellung eines primitiven und isolirten Gummas einer Tonsille die Seltenheit dieser Affection.

Dieselben stellen weiter einen durch histologische Untersuchung verificirten Fall von Carcinom auf einem Lupus der Mund- und Rachenschleimhaut vor. E. von Düring (Constantinopel).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. M. Kirchner, Oberstabsarzt, und Regierungsrath **D. Kuebler: Die Lepra in Russland.** Ein Reisebericht. Sep.-Abdr. aus dem Klinischen Jahrbuch. Bd. VI. Jena, Gustav Fischer. 1897.

Angezeigt von Prof. Dr. v. Düring in Constantinopel.

Die Herren Kirchner und Kuebler, Verfasser des vorstehenden Reiseberichtes, haben im Auftrage der deutschen Reichsverwaltung und des preussischen Cultusministers auf eine Einladung der russischen Regierung die Gouvernements St. Petersburg, Esthland und Livland bereist, um die dort getroffenen Maassregeln zur Bekämpfung der Lepra in Augenschein zu nehmen, und die so gewonnenen Erfahrungen für die im ostpreussischen Kreise Memel zu errichtende Leproserie zu verwerthen. Die Arbeit zerfällt in zwei Theile, deren erster die Verbreitung der Lepra in Russland behandelt, während die Verf. im zweiten Theile die Maassregeln zur Verhütung und Bekämpfung der Lepra in Russland beschreiben

Aus dem ersten Theile der Arbeit, auf persönliche Information und Literaturangaben begründet, geht mit Sicherheit hervor, dass die Zunahme der Zahl der Leprafälle nicht etwa auf die bessere Erkennung der Krankheit zurückzuführen ist, sondern dass durch Verschleppung in neue Heerde und Zunahme der Erkrankungen in den alten Heerden wirklich die Lepra bedeutend an Ausdehnung gewonnen hat. Die Einzelheiten dieser ausserordentlichen lehrreichen Arbeit, sowie die Beschreibungen der bis jetzt bestehenden Leproserien und ihrer Einrichtungen, passen nicht in den Rahmen eines Referates und müssen im Original eingesehen werden.

A. Peyer: Atlas der Mikroskopie am Krankenbette. Vierte Auflage. Stuttgart, F. Enke 1897. 16 M.

Angezeigt von Docent Dr. Friedel Pick in Prag.

Der Atlas, für dessen wohlberechtigte Beliebtheit die vierte Auflage zur Genüge spricht, liegt nunmehr mit verändertem Inhalte vor. P. hat sich, wie er sagt, mit Rücksicht darauf, dass die neueren Lehrbücher diesbezügliche Abbildungen enthalten, veranlasst gesehen, die Capitel Blut, Sputum, Faeces wegzulassen, so dass der Atlas eigentlich nur die Mikroskopie des Harnes und Spermas enthält. Diese hat nun eine bedeutend ausführlichere Darstellung erfahren und die jetzt gegen 200 betragende Zahl von mit wenigen Ausnahmen (z. B. *8a*, *30b*) wohl gelungenen Abbildungen bringt alle einschlägigen Befunde zur Darstellung. In dankenswerther Weise hat der um die Erkenntnis dieses Gebietes verdiente Verfasser die sonst meist ungenügend berücksichtigten Veränderungen des Spermas einer ausführlichen Darstellung unterzogen, so dass der Atlas auch in seiner neuen Gestalt dem Arzte ein willkommenes Nachschlagebuch sein wird.

Melchior Max: Cystitis und Urininfection. Klinische, experimentelle und bakteriologische Studien. Berlin 1897 bei S. Karger.

Angezeigt von Dr. Ludwig Wälsch in Prag.

Das Werk Melchior's, welches von der Académie des Sciences preisgekrönt wurde, ist nun in deutscher Ausgabe erschienen. Es beleuchtet auf Grund zahlreicher Beobachtungen und Untersuchungen die Frage von der Urininfection vom klinischen, experimentellen und kritischen Standpunkte, und lässt den Verf. folgende Schlüsse ziehen:

Eine jede Cystitis ist durch Mikroben bedingt (von seltenen Vergiftungen durch chemische Stoffe abgesehen). Im Allgemeinen findet man im Cystitisharn eine Reincultur einer einzigen Species, gewöhnlich in kolossaler Menge. Der Bacillus, welcher sich bei Cystitis am häufigsten findet und von den Autoren unter sehr verschiedenen Namen beschrieben wird, ist mit dem Bacterium coli commune identisch; er ist pyogen und infectiös, von sehr verschiedener Virulenz.

In der Urethra, im Präputium beim Manne und in der Vagina beim Weibe finden sich häufig pathogene Bakterien, welche durch Hineinbringen in die Harnblase Cystitis erregen können. Der Mikrobe allein erzeugt keine Cystitis; doch gibt es ein Bacterium, Proteus Hauser, das beim blossen Hineinbringen in die Harnblase Cystitis hervorzurufen vermag, kraft seiner excessiven harnstoffzersetzenden Fähigkeit. Der Mikrobe vermag nur dann Cystitis zu erzeugen, wenn die Harnblase vorher durch Einwirkung verschiedener disponirender Momente, besonders Retention und Trauma, für die Infection empfänglich gemacht worden ist. Sowohl Harnretention als Trauma sind aber an und für sich ausser Stande Cystitis zu bewirken. Der Mikrobe ist immer die entscheidende Ursache.

Die verschiedene Natur der Cystitis beruht auf präexistirenden Läsionen, auf der Beschaffenheit des Substrates in Verbindung mit den verschiedenen Eigenschaften des Bakteriums, worunter die Virulenz hervorgehoben werden muss.

Bei jeder Cystitis enthält der Harn Eiterkörperchen, doch in sehr verschiedener Menge; die Existenz einer Cystitis catarrhal. ist als zweifelhaft anzusehen. Selbst nicht pyogene Mikroben können eine Eiterung der Harnblase hervorrufen.

Die Ammoniurie mag eine nothwendige Bedingung für das Zustandekommen einer Cystitis sein; am häufigsten ist sie aber ein ganz untergeordnetes Phänomen, das während des Verlaufes auftritt oder ganz ausbleibt. Die Mehrzahl der Cystitiden sind sauer. Eine sauere Cystitis kann ausser vom Tuberkelbacillus vom Bacterium coli, Streptococcus pyogenes und anderen selteneren Mikroorganismen (Gonococcus, Bacill. typhi) herrühren. Wenn der steril entnommene Harn bei dem Plattenverfahren auf den gewöhnlichen Nährböden keine Culturen ergibt, spricht die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine Tuberculose.

Es gibt echte gonorrhoische Cystitiden, durch den Gonococcus selbst hervorgerufen.

Das urinöse Fieber ist theils dem Uebergang der Harnmikroben ins Blut zuzuschreiben, theils — und gewiss häufiger — einer Absorption der im Harn vorkommenden aufgelösten Bakteriengifte.

Zur Prophylaxe einer Cystitis muss man nicht nur einer vollkommenen Asepsis des Orificium urethrae sicher sein, sondern auch Borwasserspülungen der Urethra selbst vornehmen — sonst inficirt man sogleich das reine Instrument.

Bei der localen Behandlung einer Blasenentzündung wird Argent. nitric. das souveräne Mittel sein.

Rovsing Th.: Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infectiösen Krankeiten der Harnorgane. Berlin 1898, bei O. Coblentz.

Angezeigt von Dr. Ludwig Wälsch in Prag.

Rovsing, der schon in seinem vor 6 Jahren erschienenen Werke „über Blasenentzündungen, ihre Aetiologie, Pathogenese und Behandlung“ Ansichten entwickelt hatte, die mit denen der Guyon'schen Schule vielfach nicht in Einklang standen, hat es neuerlich auf Grund zahlreicher klinischer Beobachtungen und mühsamer, mit bewunderungswürdigem Fleisse und Scharfsinn durchgeführter Untersuchungen unternommen, seinen Standpunkt über den obigen Gegenstand zu präcisiren. Das Werk ist im Wesentlichen eine scharfe und berechtige Kritik der Arbeiten der Schule Guyon's und deren Anhänger. Speciell erfährt die oben angezeigte Arbeit Melchior's eingehende Berücksichtigung und Widerlegung in den strittigen Punkten, was in Anbetracht der an Rovsing von Melchior geübten Kritik dadurch besonderes Interesse gewinnt, dass Rovsing, wie aus der Einleitung seiner Arbeit ersichtlich, „um nicht diesem jüngeren Collegen (Melchior) zur Erlangung des Doctorgrades in diesem Gegenstande hindernd im Wege zu stehen, auf seine dringende Bitte seine (eigene) Arbeit zurückhielt, und ihm seine (eigene) Literatur und verschiedene Bakterienculturen lieh, die ihm von Morelle, Schnitzler und Krogius zugesandt waren“.

Das erste Capitel des übersichtlich abgefassten Werkes ist der reinen Bakteriurie gewidmet. Dieselbe wird in der

Regel hervorgerufen durch Bacterium coli. Sie ist in den seltensten Fällen allein vesical, was höchstwahrscheinlich auf die Eigenbewegung dieser Mikroorganismen sich zurückführen lässt. Die 33 Fälle des Autors beweisen, dass Bacterium coli jahrelang im Harn massenhaft vorhanden sein könne, ohne dass die Schleimhaut im Mindesten afficirt werde, was gegenüber Guyon, Melchior u. s. w. mit Nachdruck hervorgehoben wird.

Das zweite Capitel handelt von der Pyelitis ohne Cystitis. In allen 21 Fällen fand sich Bacterium coli, davon in 3 Fällen neben Coccen. Dementsprechend war auch der Harn immer sauer. Das Fehlen der Cystitis erklärt Rovsing dadurch, dass dem Bacterium coli, wenn es auch pyogen sei, die Fähigkeit abgehe, den Harnstoff zu zersetzen und so den Harn in eine, die Blasenschleimhaut anätzende Flüssigkeit zu verwandeln, welche dann das Eindringen von Mikroben in die verletzte Schleimhaut begünstigt. Ebenso widerstandsfähig — wie die letztere — erweist sich auch das Nierenparenchym.

Im dritten Capitel wird die Pyelitis mit Cystitis besprochen. Rovsing unterscheidet solche mit alcalischem und sauerem Harn.

Von den 11 Fällen der ersteren litten 9 an primärer Nephrolithiosis. Die Infection mit den pyogenen und Harnstoff zersetzenden Mikroorganismen (Staphylococcen, Proteus u. s. w.) erfolgte zuerst auf dem Wege der Blutbahn von einem unbekannten Herde aus. Bei den Fällen mit sauerem Harn (3) war die Erkrankung in einem Falle durch den Bacillus typhi hervorgerufen (im Anschluss an durch einen Stein des Nierenbeckens bewirkte Schleimhautläsion), in den beiden anderen Fällen handelte es sich um vom Nierenbecken descendirende Tuberculose.

Im Capitel „Cystitis" wendet sich Rovsing gegen die Eintheilung der Cystitiden durch Guyon, weil dieselbe „unwissenschaftlich, nicht nach einem bestimmten Princip, sondern aus ganz willkürlichen Motiven vorgenommen sei". Verf. theilt sie nach der Aetiologie ein in Cystitis catarrhalis, ammoniacalis, hervorgerufen durch nicht pyogene, Harnstoff zersetzende Mikroben, und Cystitis suppurativa ammoniacalis und acida.

Was die Cystitis catarrhal. betrifft, so entkräftet Autor die Einwände der Gegner, bes. Melchior's, welche deren Existenz

in Abrede stellen dadurch, dass die Betreffenden selbst derartige Fälle typischer Cystitis catarrhal. nicht erkannt und unter anderer Bezeichnung mitgetheilt haben.

Bei Besprechung der Cystitis suppur. ammoniacal. vertheidigt Rovsing den Standpunkt, dass Guyon's Behauptung unrichtig sei, nach welcher der Harn bei Cystitis fast immer sauer sei, da sie vom Bacterium coli hervorgerufen würde, und dass der ammoniakalischen Zersetzung des Harnes, als einem gleichgiltigen Phänomen, keine Bedeutung für die Entstehung oder die Natur der Cystitis zukomme.

Von besonderem Interesse ist der Befund des den Harnstoff nicht zersetzenden Bacterium coli in einer grossen Zahl der Fälle von Cystitis suppur. ammoniacal. Die mühsamen Untersuchungen R.'s ergaben, dass das zufällig beigemischte und für die Blase ganz unschädliche Bacterium coli durch seine Massenhaftigkeit und grosse Vermehrungsfähigkeit den ursprünglichen Krankheitserreger der Cystitis maskirte. Diese Beobachtung stimmt überein mit jenen aus dem Pasteur'schen Institut veröffentlichten, nach welchen das Bacterium coli gewisse, im Körper früher vorhandene pathogene Krankheitserreger kurze Zeit nach dem Tode des Menschen zu vertreiben imstande ist. Darauf dürfte auch die von R. als irrig bezeichnete Behauptung der Guyon'schen Schule zurückzuführen sein, dass das, von R. als ganz unschädlich erklärte Bacter. coli die häufigste und gefährlichste Ursache der infectiösen Erkrankungen der Harnwege sei.

Bezüglich der Cystitis suppur. acida räumt Verf. ein, dass dieselbe nicht immer tuberculösen Ursprunges sein müsse. Die Richtigkeit seiner klinischen Anschauungen illustrirt Verf. durch zahlreiche beigegebene Krankengeschichten, die seiner bakteriologischen durch die im 5. Capitel enthaltenen experimentellen Untersuchungen.

Das Studium von Rovsing's Werk ist ungemein anziehend und lehrreich; es bietet eine Fülle von sehr interessanten Beobachtungen, auf die genauer einzugehen den Rahmen dieser Besprechung überschreiten würde, und zeugt, wo man es aufschlägt, von genauer und gewissenhafter Beobachtung. Die wirklich genussreiche Lecture des Buches sei hiemit bestens empfohlen. Die Ausstattung des Werkes ist eine gediegene.

Varia.

Beiträge zur Kataphorese. Herr Prof. Dr. M. Bernhardt sendet uns folgende Notiz: Berlin, 20. November 1897.

In dem October-Heft dieses Jahres Ihres geschätzten „Archivs für Dermatologie etc." befindet sich eine Arbeit des Dr. Karfunkel, betitelt: „Beiträge zur Kataphorese etc." In der historischen Einleitung zu dieser Arbeit findet sich folgender Passus:

„Neben absoluten Misserfolgen fielen manche Beobachter in der „Annahme positiver Resultate gröbsten Täuschungen anheim. Nach „vieler Richtung hin wurden in hoffnungsvoller Erwartung die Grenzen „dieser elektrischen Fähigkeit verkannt. So dachte Bernhardt, um „nur ein Beispiel anzuführen, nach den häufigen Mittheilungen über „erzielte Besserungen von Hemiplegien nach der Durchleitung eines „constanten Stromes durch den Schädel, an jene fortführende Eigen„schaft der Elektricität, durch welche vielleicht das um den Hirnherd „liegende und die noch gesunden Gewebe belastende, seröse Oedem „verringert, und eine schnellere Restitution der frei gewordenen Nerven„substanz geschaffen werden könnte."

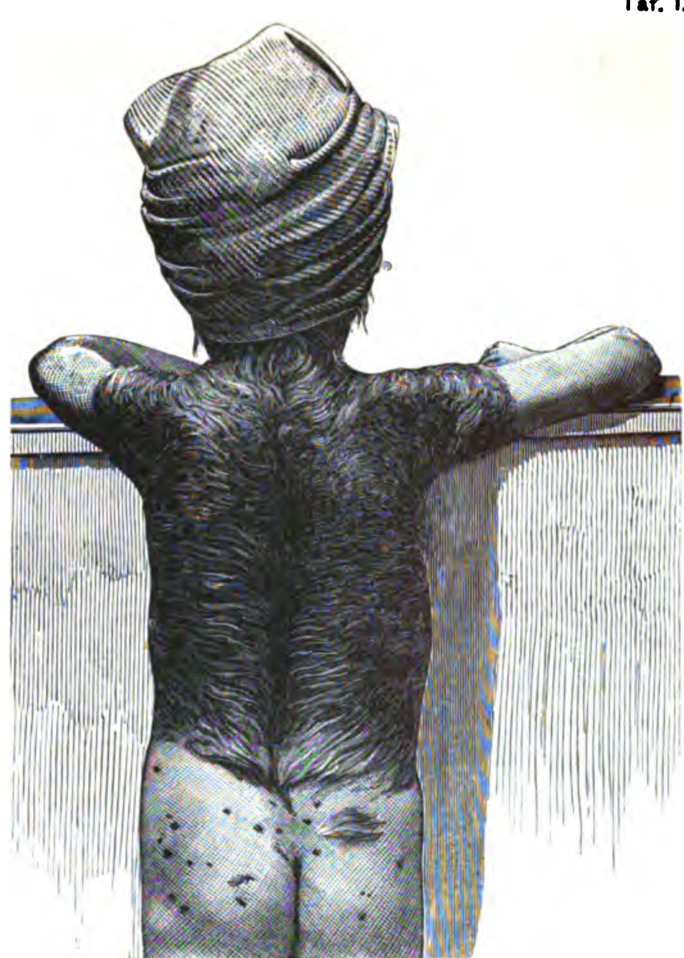
Herr Karfunkel hat nun offenbar meine im 64. Bande des Virchowschen Archivs (1875) erschienene Arbeit: „Ueber den Wassergehalt des menschlichen Centralnervensystems nebst einigen Versuchen über den Einfluss des constanten Stromes auf denselben" nicht zu Ende gelesen. Ich habe an die von Herrn Karfunkel erwähnte kataphorische Wirkung des Stromes nicht nur gedacht, sondern mich durch ziemlich mühselige Experimente zu überzeugen versucht, ob mein Gedanke durch das Experiment bestätigt würde oder nicht. Leider bin ich zu negativen Resultaten gekommen und schloss meine Arbeit mit folgendem Satz:

„Eventuelle günstige Wirkungen centraler Behandlungsweise mit „dem constanten Strom auf diese mechanischen (kataphorischen) Wir„kungen desselben, woran man wohl denken konnte, zu beziehen, halte „ich demnach fürderhin nicht mehr für statthaft."

Auf vorstehende Notiz erwidert Herr Dr. Karfunkel:

Ich gebe gern zu, dass meine Wortfassung an der citirten Stelle nicht prägnant genug gewählt war und zu Missverständnissen Anlass geben konnte. Von den drei oben angeführten Sätzen aus meiner Arbeit über Kataphorese sollen nur die beiden letzten inhaltlich zusammengehören. Ich habe Bernhardt's Arbeit sehr wohl zu Ende gelesen und demnach auch das negative Resultat seiner kataphorischen Experimente gekannt. Trotzdem habe ich den Gedankengang Bernhardt's, welcher zu seinen Untersuchungen führte, und zwar nur in der Absicht erwähnen wollen, um ein Beispiel anzuführen, in dem von der Kataphorese weit mehr erwartet wurde, als dies nach der localen, nicht über das Unterhautzellgewebe hinausgehenden, physikalischen Leistung des elektrischen Stromes möglich ist.



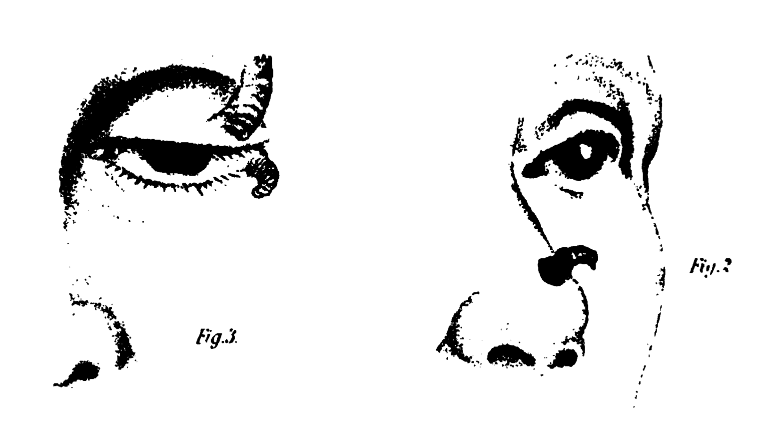


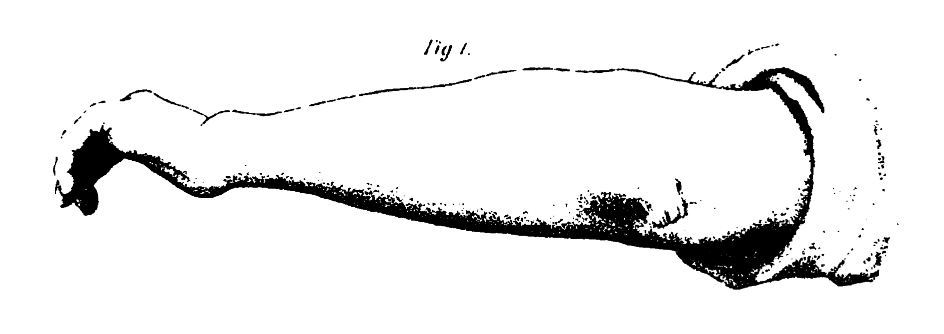
Schiff: Verwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie.



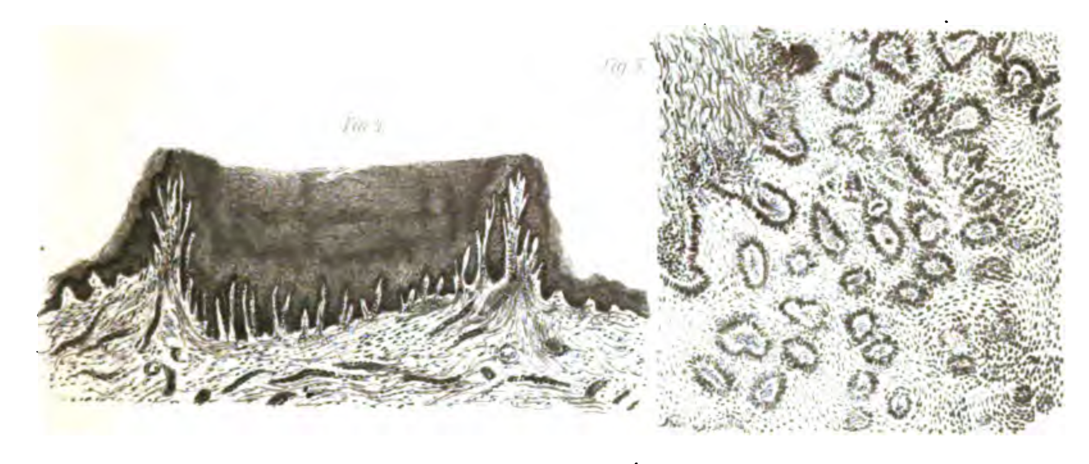


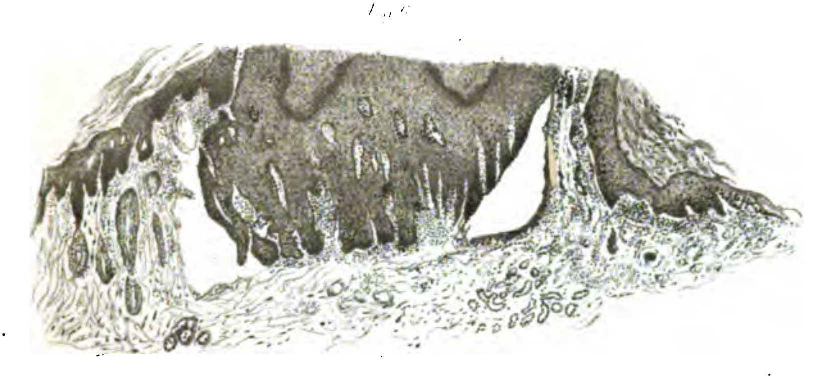
Schiff: Verwerthung [illegible]

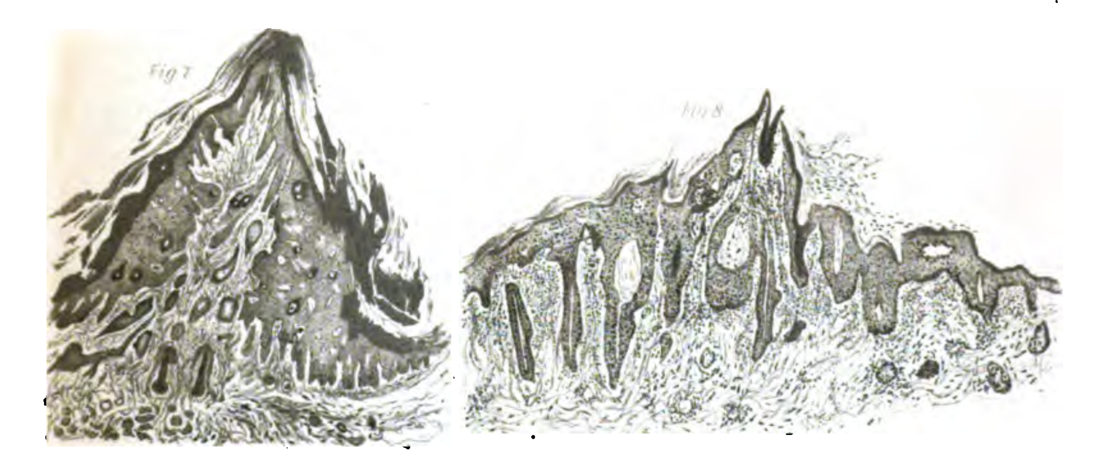




Spietschka: Beitr. z. Histologie d. cornu cutaneum.







Spietschka: Beitr. z. Histologie d. cornu cutaneum.



Hugo Meyer: Lichen ruber. etc

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag

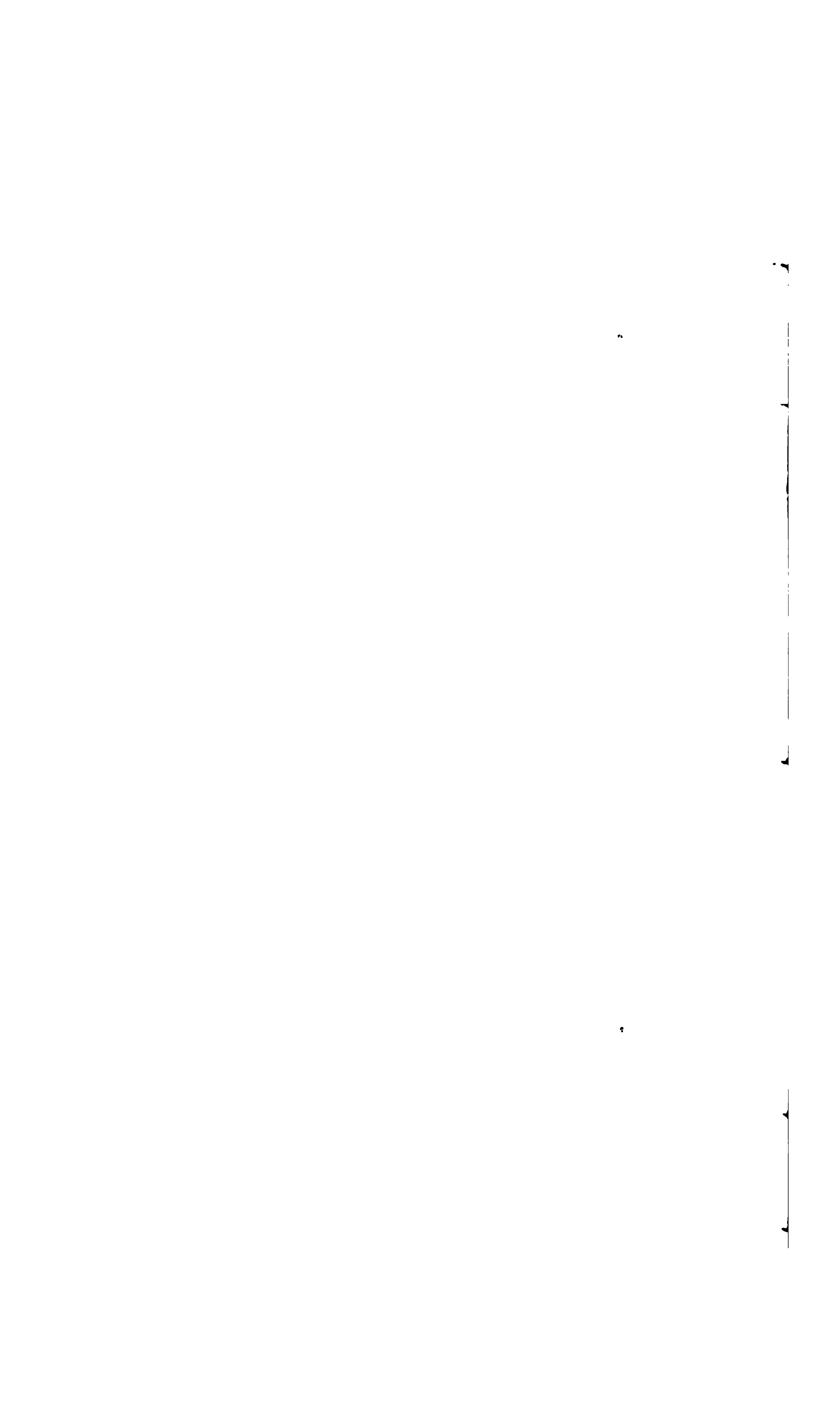
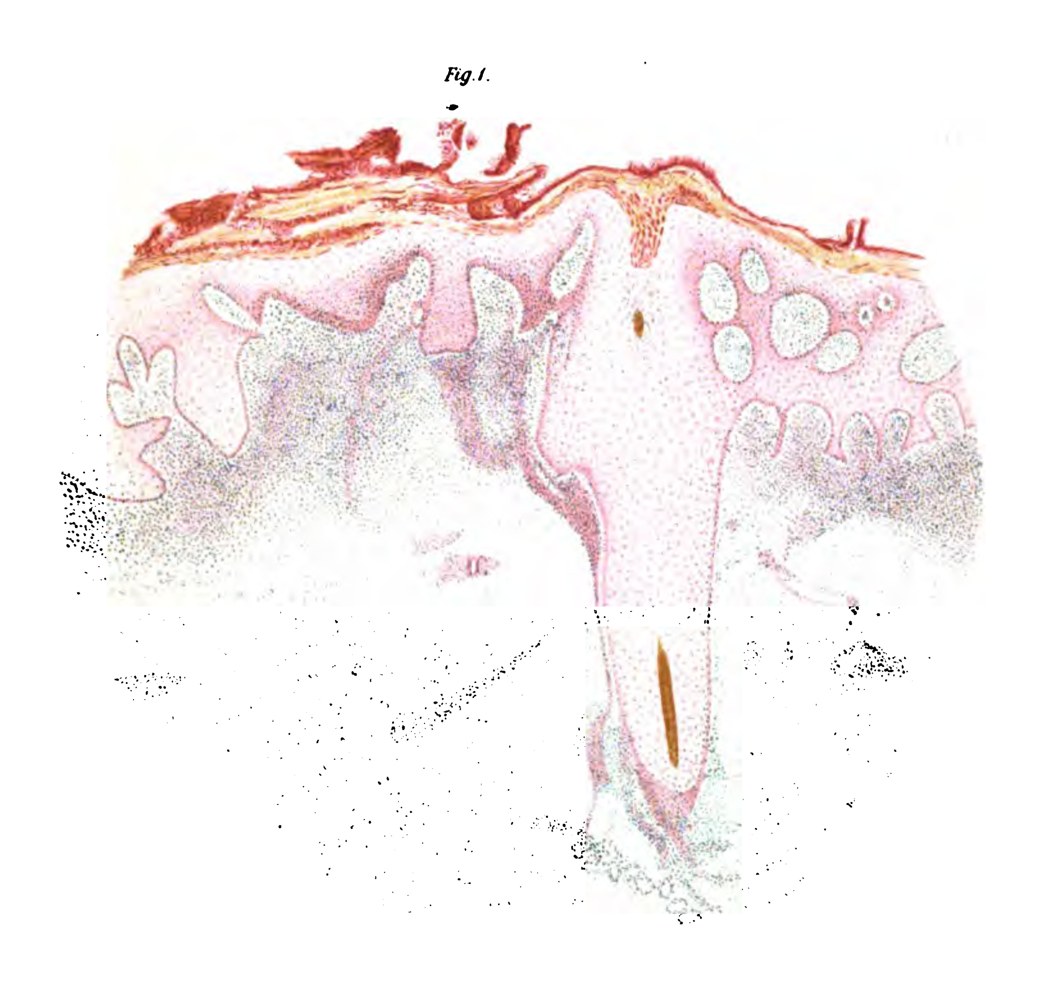
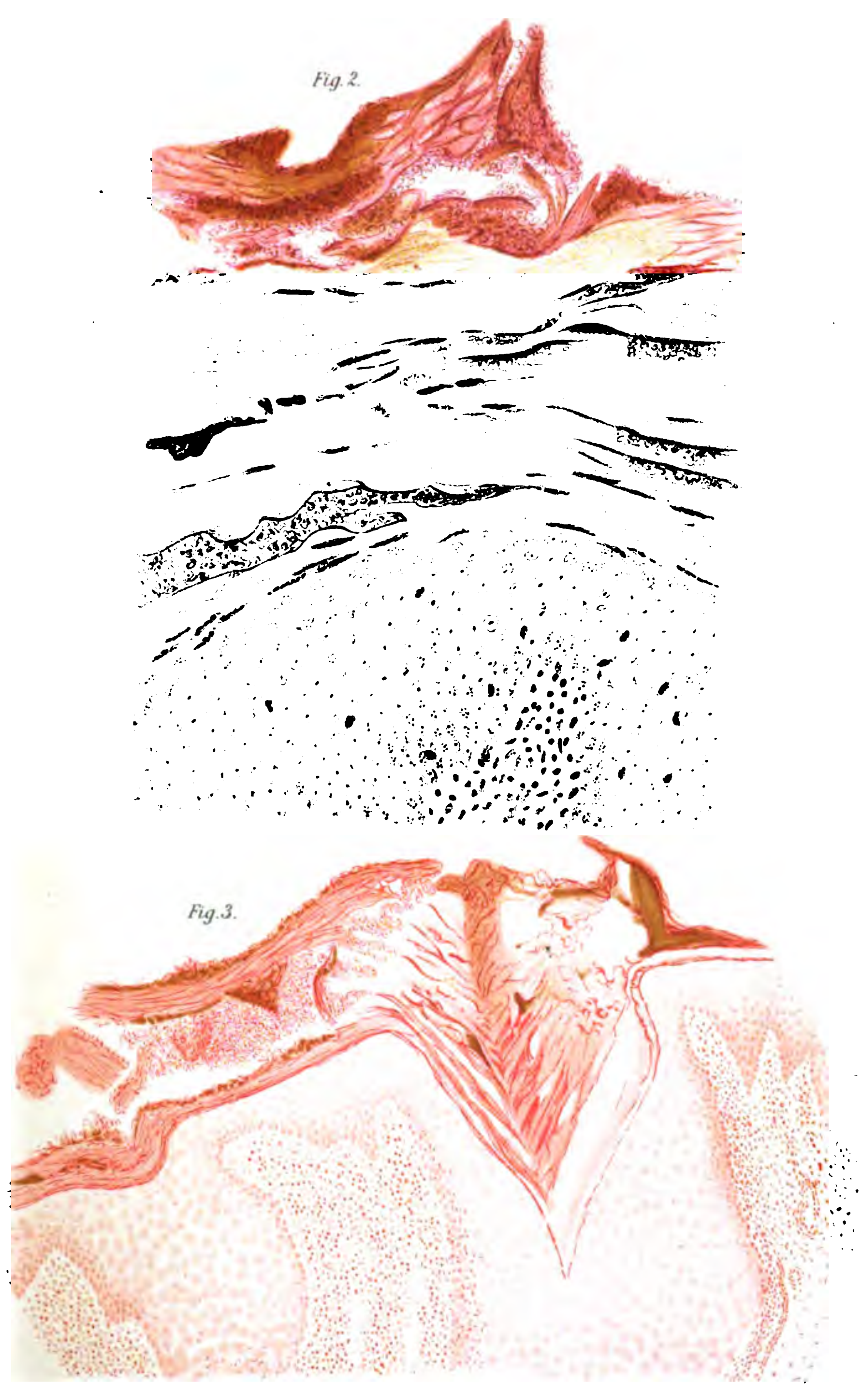


Fig. 1.



Hugo Meyer: Ein Fall von Lichen ruber etc.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.



Hugo Meyer: Ein Fall von Lichen ruber etc.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.

Originalabhandlungen.

Ueber Keratoma hereditarium.

Von

Hofrath Prof. **Neumann** in Wien.

(Hierzu Tafel IX—XVII.)

Im vorigen Jahre hatte eine Publication (d. Archiv XXIV. Bd., S. 51 1896) unter der Ueberschrift: „Ueber einen bisher unbekannten endemischen Lepraherd in Dalmatien“ von dem Gemeindearzte in Janjina, Dr. Hovorka von Zderas, in weiten Kreisen nicht wenig Aufsehen erregt. In derselben berichtete der Autor, dass er schon lange bevor er „den eigentlichen Seuchenherd“, als den er die Insel Meleda angibt, von dieser berüchtigten Krankheit gehört und sich vorgenommen habe, die Opfer derselben einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Nach H. kommt die Krankheit am häufigsten im südöstlichen Theile der Insel und zwar in der Ortschaft Maranoviči vor, wo 10—12 Kranke sich befinden sollen. Ferner in der Hauptortschaft Babino polje 2 Kranke, von denen er selbst einen sah, endlich im Dorfe Blatta ein Weib und ein Mann, die er zu beobachten die Gelegenheit hatte. Obschon die Beschreibung der von Dr. Hovorka untersuchten Hautaffection und die mir nachträglich zugekommene photographische Abbildung, den Eingeweihten nicht im Zweifel liess, dass hier eine Hyperkeratose, demnach keine Lepra vorliege, konnte doch einerseits nicht ausser Acht gelassen werden, dass unter dem Skerljevo Dalmatien's sehr verschiedene Krankheiten figuriren, und ein seinerzeit zur Erforschung dieser endemischen Krankheit delegirter Fachmann von vorzüglichem Rufe, Auspitz nämlich, das Dunkel, in das dieselbe gehüllt ist, nur wenig zu klären vermochte; anderseits der diagnostische Irrthum Dr. Hovorka's, obwohl derselbe nachdem ich die in Rede stehenden Kranken

in Meleda bereits untersucht und die Diagnose Keratoma gestellt hatte, gemeinsam mit Ehlers dieselben nochmals besichtigte betreffs der Natur der Hautaffection, die er nun Mal de Meleda benannte (d. Archiv Bd. XL., pag. 251) zu einer von seiner früheren wesentlich abweichenden Ansicht gelangte, die Existenz der Lepra in Dalmatien keineswegs ausschloss. Handelte es sich doch um dasjenige Land, in welches unter den Ländern der österr.-ungar. Monarchie, neben dem südöstlichen Ungarn, die Lepra höchstwahrscheinlich zuerst und zwar am Ende des letzten Jahrhunderts vor oder zu Anfang des 1. nach Chr. Geb. von römischen Truppen, welche früher in Vorderasien, Griechenland, Spanien und Afrika gekämpft hatten, importirt wurde; um ein Land, welches seit dieser Zeit, mit bald kürzeren, bald längeren Unterbrechungen bis zum Frieden von Pošarevacz 1718, der Schauplatz blutiger Kriege von vielen Völkern war, und darunter auch solchen, bei denen die Lepra seit unbestimmten Zeiten endemisch war. Das h. Ministerium des Innern ermangelte auch nicht, dieser Frage die ihr gebührende Aufmerksamkeit zu widmen, und hatte die Sanitätsorgane des Landes beauftragt, Untersuchungen betreffs der Lepra zu pflegen und hierüber an die vorgesetzte Behörde Bericht zu erstatten. Das Ergebnis der von den Landesärzten vorgenommenen Untersuchungen gipfelte darin, dass in den fraglichen Fällen es sich nicht um Lepra, sondern um eine Hautaffection handle, welche der ausgezeichnete Ragusaner Arzt Dr. Stulli bereits 1826 (in einem Briefe an den Director der Anthologia in Florenz) beschrieb. Konnte hiermit die Frage (selbstverständlich nur betreffs der untersuchten Fälle) in Bezug auf Lepra als erledigt betrachtet werden, war dies doch nach den eingelangten Berichten der Landesärzte, und dem, was von Dr. Stulli vorlag, nicht der Fall in Bezug auf die Natur der fraglichen Hautkrankheit.

Nach Schilderungen der angeführten Fälle seitens des Statthaltereirathes Herrn Dr. Ivanič und des Herrn Bezirksarztes Dr. Wendzilovič, welche sofort nach Hovorka's Publication erfolgten, glaubte ich annehmen zu können, dass es sich um Ichthyosis congenita handle.

Die Literatur bot nur wenig Anhaltspunkte zur Feststellung des Charakters der Krankheit und es blieb daher zur

Erkenntnis derselben nur der Weg, sie durch eigene Anschauung kennen zu lernen und dic Insel Meleda zu besuchen. (Ende April d. J.) Da die Dampfer an diese Insel blos einmal in der Woche anlegen, ich zum Abwarten keine Zeit hatte, miethete ich einen Dampfer, der mich nebst meinen Reisegefährten Regierungsrath Dr. Unterlugauer aus Bosnien, dem k. k. Bezirksarzt in Ragusa Dr. Wendzilovič[1]) und Herrn Baron von Helldorf aus Klagenfurt, welch letzterer die Freundlichkeit hatte, die photographischen Aufnahmen der Kranken zu machen, am 29. April nach Meleda brachte.

Die malerisch schön gelegene, 40 Km. lange und 4—6 Km. breite, ihrer geologischen Formation nach vulcanische Insel, in deren Nähe (Lagosta) die Kreuzzügler ihre Aussätzigen ausschifften, besitzt im Gegensatze zu dem kahlen Boden Dalmatiens dicht bewaldete Höhen und eine reiche Vegetation: Myrthen und Olivenbäume, dichte Pinienwaldungen und immergrünes Laubholz, herrliche Cytisus und Cistus roseus, sowie Ceratonia siliqua, baumartige Eriken gedeihen auf den sonnigen Berghängen, deren Halden durch die Farbenpracht der Blumen das Auge des Beschauers fesseln. Die Bewohner, ca. 1400 an Zahl, sind emsig und gutmüthig. Ein günstiger Zufall brachte uns gleich bei der Landung einen der verzeichneten Kranken zu Gesicht; um die weiteren 7 zu untersuchen, hätte es einer längeren Zeit bedurft als uns zugemessen war. Wir mussten uns daher mit diesem und einer zweiten Kranken zufrieden geben, die erst durch Boten (denen sich auch der Seelsorger der Insel H. Caplan Dr. Nikolaus Baničevič in zuvorkommendster Weise anschloss) von der Feldarbeit herbeigeholt werden musste. Um ihr näher zu kommen, verliessen wir unseren Landungsplatz, obschon der Steuermann nicht recht wusste, ob eine Landung an der intendirten Stelle möglich sein werde.

Mit nicht geringen Schwierigkeiten wurde die Landung bewerkstelligt, und mussten wir noch ziemlich lange warten, bis die Ersehnte erschien. Schüchtern und spröde, sträubte sie

[1]) Die von Dr. Wendzilovič verzeichneten Kranken. Siehe Taf. XVI u. XVII.

sich Anfangs behufs einer Untersuchung auch nur Eine bedeckte Körperstelle zu entblössen, nach eifrigem Zureden gelang es mir sie zu einer photographischen Aufnahme zu bestimmen, welche, da der Dampfer durch ein Dach völlig gedeckt war, an einem in der Nähe befindlichen Felsen ausgeführt wurde. Schliesslich gestattete die Kranke, deren Timidität und Scheu überwunden war, eine allen Anforderungen entsprechende genaue Untersuchung. Ein dritter höchst interessanter Fall wurde mir vom Herrn Landes-Sanitätsreferenten Dr. Ivanič in Zara vorgeführt.

Der erste der vorerwähnten drei Kranken war ein Insasse von Maranoviči, der 33 Jahre alte, ledige Franjo Bašič. Tafel IX, X u. XI. Er gibt an, mit dem Hautleiden, so lange als seine Erinnerung zurückreicht, behaftet zu sein, Dr. Wendzilowič kennt denselben 6 oder 7 Jahre. Die Mutter lebt und ist gesund, der Vater stammt aus einer Familie (Pči), in welcher die Hautkrankheit seit angeblich 70 Jahren sich erblich fortpflanzt, übrigens wäre er gesund gewesen; von 2 Schwestern ist die eine gesund, die andere mit derselben Krankheit behaftet. Der Krankheitsbefund ergab:

An der Planta beiderseits, von dem Nagelglied der Zehen angefangen bis einschliesslich den Fersen, vorwiegend an den grossen Zehen; rechterseits: über und hinter dem Ballen der grossen Zehe und den inneren zwei Dritteln der Sohlenfläche, wie über der Ferse; linkerseits über dem Ballen der grossen Zehe und der vorderen Partie der Metatarsalregion von in den verschiedensten Richtungen verlaufenden breiten und tiefen Furchen und verschieden grossen und tiefen Excavationen begrenzte, mehrere Millimeter hohe, unregelmässig stumpfpolygonale, hornige flache Knoten, Platten und Schilder, von bernsteingelber Farbe und leichdornähnlichem Aussehen und solcher Resistenz. Ihre Oberfläche ist nicht vollkommen glatt und eben, schuppt jedoch nicht und zeigt nur bei seitlicher Ansicht von den Gruben aus eine lamellöse Structur. Die Furchen und stellenweise tiefen und breiten Gruben fallen bald jäh ab, und präsentiren sich die kleinen und dicht neben einander stehenden Vertiefungen wie Bienenwaben; die grossen und breiten bilden stellenweise muldenförmige Excavationen, bald fallen sie schräge dachförmig ab.

Im Ganzen bietet die Fusssohle das Aussehen einer ungemein stark zerklüfteten enormen Verhornung. An den Seitenflächen der Zehen- gleichwie an der Uebergangsstelle der ersten Phalangen in die entsprechende Capituli Metatarsorum die Haut geröthet, die Epidermis macerirt.

An beiden Füssen steigt die Verhornung an den Rändern bis an die Rückenfläche, an den Fersen über beide Knöcheln und rückwärts 2 Cm. über den Ansatz der Achillessehne in die Höhe mit steil abfallender, scharfliniger Begrenzung gegen die nicht ergriffene Haut.

An den Rändern sind die Furchen und Risse überwiegend perpendiculär und in der Malleolargegend senkrecht auf die Krümmungsebene gerichtet, so dass die Verhornung an der Begrenzungslinie ein palisadenförmiges Aussehen zeigt. An der Malleolargegend und über der Achillessehne ist die Verhornung besonders massig und durch Querfurchen zerrissen. Die Farbe der verhornten Partien zeigt verschiedene Nüancen von safran- bis zum einfachen gelb, die an die Verhornung angrenzende Haut des Fussrückens ist zinnoberroth und ebenfalls zerklüftet. Die Nägel verdickt und verschoben. . . . . .

Die Secretion vermehrt, von intensivem widrigem, dem Schweissfuss gleichen Geruch. Spontaner oder Druckschmerz nicht vorhanden. Das Gehen angeblich nicht behindert. An der Volarfläche beider Hände ist die Oberhaut am stärksten in der Palma, weniger die der Finger und der Carpalregion massig verhornt, safrangelb. Die den natürlichen Falten entsprechenden Furchen der Palma, gleichwie die interphalangealen sind tief, zum Theil jäh, zum Theil schräg abfallend, die letzteren an den Rändern abgeschliffen. Die anderen Furchen und namentlich an der linken Hand starken Risse haben eine verschiedene, zumeist jedoch eine der Längsachse der Hohlhand mehr oder minder parallel verlaufende Richtung, stossen in vielen Punkten an einander, sind weniger tief und breit, als die den natürlichen Falten entsprechenden. Durch die letzteren ist die Verhornung in mehrere grössere, und diese wieder durch die ersteren in mehrere kleinere ungleiche Felder getheilt.

An der Dorsalfläche, zumal an den Fingern beider Hände zeigt die Haut die gleiche Verhornung und gelbliche Färbung. Die erste und zweite Phalanx ist, die Mittelfinger ausgenommen, walzen-, die letzte an allen Fingern trommelschlägelförmig verdickt. Die Nägel nicht verändert. Die Secretion vermehrt, die Sensibilität in Bezug auf tactile und thermische Empfindung erhalten, functionelle Störung nicht vorhanden. Uebrige Haut und sichtbare Schleimhäute normal. Ernährung und sonstiger Gesundheitszustand gut.

Diagnose: Keratosis diffusa adnata in facie manuum utraque; in planta, utroque margine, in utraque regione malleolari et calcanea pedum.

Fall 2. Taf. XII. Maria Bašic, 24 Jahre alt, ledige Schwester des Franjo, ist seit der Kindheit mit dem Hautleiden behaftet. An ihr findet man die Dorsal- und Volarflächen beider Hände ergriffen, an der Volarfläche überschreitet die Affection die Carpalgegend und endet in einem scharfen nach oben convexen Bogen an der Grenze des untern und mittlern Viertels des

Vorderarmes. Die ergriffenen Hautflächen zeigen sich jedoch auch hier nicht gleich afficirt, und ist die Differenz der Affection der einzelnen Partien augenfälliger als in dem vorangehend geschilderten Falle.

Die Palma manus ist beiderseits mit einer dicken Lage safrangelber, schwieliger Epidermis bedeckt, vielfach zerklüftet, mit grubigen Vertiefungen und Spalten versehen.

Die Fissuren sind stellenweise so tief, dass das leichtblutende Corium am Grunde derselben sichtbar ist.

Aber auch die Dorsalfläche der Finger zeigt eine intensive Schwielenbildung von gelblicher Farbe, ebenso die Haut über dem Handgelenke eine dicke Epidermislage, die vielfach gefurcht und an der Peripherie von einem scharf umschriebenen 1—2 Mm. breiten rothen Saum begrenzt ist.

An der hinteren Fläche des rechten Ellbogengelenkes eine etwa silbergroschengrosse, runde, mehr als 1 Millimeter über das Hautniveau erhabene, rundliche, scharf begrenzte, von einem rothen Hofe umgebene epidermidale Wucherung von derber Consistenz, unweit von ihr eine zweite kleinere. An der hintern Fläche des linken Ellbogengelenkes eine erbsengrosse Wucherung von gleicher Beschaffenheit.

An beiden Füssen erscheint an der Dorsalfläche bis einschliesslich das untere Ende des Unterschenkels die Haut im Ganzen geröthet, mit einer mehrere Millimeter dicken, matt weissgefärbten, durch vielfache Rillen und theils mehr, theils weniger breiten und tiefen Furchen zerklüfteten Epidermisschicht bedeckt. An den Seitenflächen der Zehen ist die Haut geröthet, geschwellt und theilweise excoriirt.

An der Planta beider Füsse die Haut von den Zehen an, bis einschliesslich der hinteren Fläche der Ferse, mit einer schwefelgelb gefärbten massigen und vielfach zerklüfteten Epidermisschicht bedeckt.

An den Unterschenkeln ist die Epidermidalwucherung von einer schlangenförmig gewundenen, im Ganzen jedoch scharfen Linie begrenzt, die angrenzende Haut geröthet. An der Vorderfläche beider Kniegelenke, rechts mehr central und horizontal, links mehr nach aussen und in Form eines stumpfen Kegels nach abwärts sich erstreckend, von zumeist transversal verlaufenden unregelmässigen gekrümmten Furchen zerrissene Epidermidalwucherung von weicherer Consistenz, stellenweise erscheint dieselbe abgängig, woselbst die blossgelegte Haut geröthet ist. [1])

Der Landes-Sanitätsreferent Dr. Ivanič hatte die Güte, mir eine dritte Kranke in Zara vorzustellen. Taf. XIII, XIV u. XV.

Dieselbe ist in Borgo-Erizzo bei Zara geboren, zeigte an Händen und Füssen die gleiche Affection, wie die vorbeschrie-

[1]) Siehe Sitzungsbericht d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. Sitzung am 4. Juni 1897. Wr. kl. Wochenschr. Nr. 23.

benen Kranken. Die Photographie dieser, gleichwie einer zweiten 38 Jahre alten Kranken wurde mir durch die Güte des Herrn Ministerialrathes von Kusy zur Verfügung gestellt.

In all diesen Fällen handelt es sich um eine seltene, als Keratosis diffusa (Lebert) bezeichnete, angeborene oder bald nach der Geburt sich entwickelnde hereditär sich fortpflanzende Hautkrankheit (Taf. XVI u. XVII). Wenngleich dieselbe schon von Autoren früherer Jahrhunderte beobachtet wurde, müssen wir ihre Kenntnis doch erst von der Zeit datiren, in welcher in unserem Jahrhundert die Medicin, speciell die Dermatologie, einen Aufschwung nahm. Duhring und Unna bezeichnen vorliegende Affection als eine eigene Varietät sub titulo: „Keratoma palmare et plantare hereditarium", doch ist dies nicht ganz zutreffend, da, wie auch Unna selbst angibt (Vierteljahresschrift für Dermatolog. und Syphilis, 1883, p. 243), die Krankheit sich auch an anderen Stellen vorfindet.

Wenn wir die Hauptsache, d. i. den Charakter der Hautkrankheit in Betracht ziehen, finden wir sie zuerst genauer von Alibert (Dermatoses art. Ichtyoses), nach ihm von Rayer (Traité theorique et pratique de Maladies de la peau T. III. 614 f. f.) unter „Ichthyose" beschrieben, als erste Species der „Hypertrophie des Papilles et de l'epiderme". Bezüglich der Localisation gibt er unter anderem an: „autour des articulations à la partie anterieure et externe des membres inférieurs, au devant de la rotule, à la partie posterieure de l'olécrane etc.... On observe aussi très rarement ce developpement morbide de l'épiderme à la plante des pieds et à la paume des mains."

Die Gesammtheit der hier angegebenen Localisationen, mit einer wohl durch die lange Dauer der Krankheit bedingten Ueberschreitung der genannten Grenzen an den Füssen, findet sich vereint in dem zweiten von uns untersuchten Falle.

Einen als „angeborene Ichthyosis cornea" bezeichneten Fall, welchen Ernst (in einer Dissertation: De corneis humani corporis excrescentiis Berolini 1819) beschrieb, citirt Simon (Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Berlin 1851, p. 49). Die Affection war auf die Fusssohlen beschränkt, in geringerem Grade schon bei der Geburt vorhanden, hatte später bedeutend zugenommen, am linken

Fusse einen grossen Theil der Sohle bedeckt, während der rechte weniger afficirt war. Simon hat die im anatomischen Museum (in Berlin) aufbewahrten Füsse untersucht und gibt an, dass die Hautverdickung durch neben einander aufgerichtete, theils konische, theils oben und unten gleich dicke Zapfen gebildet werde . . . Am rechten Fuss sind die Höcker niedriger und in geringerer Zahl vorhanden. (Von den grösseren Höckern, die gegen einen halben Zoll Höhe haben, befindet sich eine Abbildung auf Taf. III, Fig. 11 seines Werkes.) Rund um die grossen Zapfen ist die Epidermis mit dünnen, glatten Schuppen besetzt, wie sie charakteristisch für die Ichthyosis simplex beschrieben werden. Sowohl diese dünnen Schuppen, als auch die grösseren Höcker bestehen aus Zellen, die mit denen der normalen Oberhaut übereinstimmen. Die Höcker fühlen sich hart wie Horn an, doch lassen sich durch Druck die einzelnen Epidermiszellen viel leichter als bei schwielig verdickter Oberhaut von einander trennen.

Obschon der folgende Fall Cruveilhier's, welcher in der umfassenden, das Thema gründlichst behandelnden Monographie Lebert's (Ueber Keratose oder die durch Bildung von Hornsubstanz erzeugten Krankheiten und ihre Behandlung, Breslau 1864), in welcher die ganze Casuistik in mustergiltiger Vollständigkeit enthalten ist, unter die multiplen Hornauswüchse eingereiht erscheint, glaube ich denselben, sowohl weil er in die Kategorie der in Rede stehenden Hautkrankheit, als auch der ausserordentlichen Seltenheit wegen in der Knappheit des Autors mittheilen zu sollen. Le cas (representé planche 6, VII livraison [1]) est, je crois, un des plus curieux, qui existent dans la science. A la region dorsale de la main et de l'avantbras se voient des ecailles epidermiques et cornées extrêmement multipliées, et de la façe palmaire de la main naissent un grand nombre de productions cornées volumineuses dont la longueur varie depuis un pouce jusqu'à huit et qui tendent a se recourber à la manière d'une corne.

La surface de toutes ces végétations est rugueuse et fendillée comme l'écorce d'un vieux chêne . . .

---

[1]) Traité d'anatomie pathologique. Paris 1856. III. S. 932.

Au reste, la consistance de ces productions épidermiques est de beaucoup inférieure à celle des cornes et des ongles."

Diesen gleichwie die von Lebert (l. c. 55) sub 104. citirten Fall (von Abraham Haskel New England (Journal of medicine and surgery and collateral branches of science, vol VIII, Nr. I 1 und Archiv gén. de Med. T. XIII. p. 263); den sub 105, (von J. B. J. Behrends beobachteten und W. Sömmering veröffentlichten Arch. gen. de Med. T. III. p. 260), weiters den von Boegehold (Ichthyosis cornea. Virchow Arch. 79. 1880. p. 545) mitgetheilten, möchte ich als Varietäten unserer Hautaffection erklären. Eine Identität mit derselben bieten die von A. Thost (Ichthyosis palmaris et plantaris cornea. Dissert. Heidelberg 1880) beobachteten Fälle, die auch deshalb von Interesse sind, weil die Vererbung bis in die vierte Generation und die Verbreitung durch Einheiratung in andere Familien erwiesen ist; einzelne Glieder der Familie vollkommen verschont blieben, ebenso deren Nachkommen; ferner die Krankheit an den Trägern in den verschiedenen Entwicklungsphasen vom Initialstadium an einem 12 Wochen alten Kinde, bis zur vollständigen Entwicklung und durch grobe Arbeit erzeugten Veränderungen beobachtet wurde und Thost einen exacten histologischen Befund lieferte.

Bei sämmtlichen Kranken, von denen Thost acht untersuchte, war das Leiden auf die Volarfläche der Hände und Fusssohlen beschränkt, an den Seitenflächen der Finger, insbesondere der Zehen die Haut macerirt, stellenweise excoriirt, alle litten an blos graduell verschiedener Hyperosmo- und hidrosis und zwar nicht blos an den erkrankten Partien, gleich den von uns untersuchten Kranken. Die Bewegung war bei den einzelnen Kranken bald mehr, bald weniger eingeschränkt, indem die Fusssohlen beim längeren Gehen schmerzhaft wurden. Die Empfindung für tactile Reize war eher erhöht als herabgesetzt, derart, dass derjenige Kranke (der Schuhmacher Karl Heilmann), bei dem die Hornschicht besonders fest, glatt und glänzend war, selbst an den dicksten Hautstellen die leise Berührung mit der Spitze einer feinen Präparirnadel exact empfand. Dagegen war die Empfindung thermischer Reize gleichwie die Schmerzempfindung (bei tieferem Eindringen der Nadel) herabgesetzt.

Identisch mit der bei den Meledanern vorgefundenen und der von dem letztgenannten Autor beschriebenen, ist auch wie bereits erwähnt die von Unna (l. c. p. 231 ff.) geschilderte Hautaffection. Gleichwie bei den vorangeführten, war auch bei den von Unna mitgetheilten Fällen die Krankheit nachgewiesen in die dritte Generation vererbt. Bei dem ersten der von ihm beobachteten Kranken hatte sich die Verhornung über die Fussränder gegen das Dorsum pedis verbreitet, die inneren Handflächen erschienen blos schwielig verdickt. Die Begrenzung war auch hier sehr scharf, im Bereiche der erkrankten Haut die Schweisssecretion vollkommen erhalten, an den Füssen permanente Hyperidrosis und „unter dem Einflusse sich allmälig festsetzender Microorganismen Osmidrose.

Auf der Insel Meleda weist die Krankheit eine Vergangenheit von mehr als einem Jahrhundert auf. Stulli hatte, wie bereits angeführt wurde, 1826 nicht allein Kranke im reifen Alter gesehen, sondern die Affection an diesen ausdrücklich als ererbt erklärt; Thost's Fälle umfassen einen Zeitraum von vier, die Unna's von drei Generationen. Dies will jedoch nicht besagen, dass diese Hautaffection etwa ein nur wenig weiter zurückreichendes — im Gegentheil nach unserer Ansicht ein unbestimmbares kaum geahntes Alter besitze. Es hat somit die Krankheit erwiesenermassen eine ausschliesslich congenitale Entstehung in directer Linie. Stulli bemerkt ausdrücklich, dass keines der betreffenden Individuen, den Zustand einschliesslich den widrigen Geruch und die Hautmaceration an den Seitenflächen der Zehen, in irgend welcher Hinsicht als Leiden empfand.

Im Hinblicke auf die dargelegten Thatsachen ist diese Affection bezüglich ihrer Entstehung und ihres Charakters gleich der Stachelhaut, den Warzen, der Behaarung des ganzen Körpers, den Naevi und Muttermälern etc. auch in die gleiche Kategorie vererbter Bildungsanomalien, in Bezug auf den gegenwärtigen (normalen) Typus in den civilisirten, von der weissen Race bewohnten Erdtheilen zu setzen.

Zu einer besseren Beurtheilung der Affection gelangen wir, wenn wir die Haut der auf niederster Culturstufe stehenden Volkstämme der dunkel gefärbten Racen betrachten.

Nach den Untersuchungen von G. Fritsch (Die Eingeborenen Süd-Afrikas 1872, pag. 15 ff.) ist die Haut der Buschmänner und der Bewohner des Feuerlandes übelriechend und zeigt eine starke Perspiration. Dieser Geruch ist unabhängig von etwa dem Körper anhaftenden Unreinigkeiten, denn Waschen nimmt den Geruch nicht fort . . . . „Die Haut ist von einer Dicke, dass Individuen von diesen Stämmen in der kalten Jahreszeit mit besonderem Vergnügen Hände oder Füsse unverhüllt in die lodernde Flamme des Feuers für eine solche Zeit halten, in welcher auf europäischen Händen bereits ohne Zweifel Brandwunden sein würden." Die Haut zeige eine gröbere Textur. „Die Risse und Leisten der Epidermis sind auffallender und es finden sich schon bei jungen Individuen über dem ganzen Körper leichte Eindrücke, wie seichte Risse."

Von der Haut der Buschmänner berichtet derselbe Autor (l. c. 399), dass sie eine unregelmässigere (als bei den Hottentotten) breitrissige Textur besitzt, welche stellenweise sogar beim Gerben etwas stark gemisshandeltem Leder zum Verwechseln ähnlich sieht. Die Hauptrichtung der genärbten Eindrücke fällt keineswegs immer mit der Längsrichtung der Falten zusammen, sondern schneidet sich häufig damit unter beliebig stumpfen Winkeln.

Dass diese merkwürdige Textur der Haut nicht allein Folge der Lebensweise und klimatischer Einflüsse ist, lässt sich sehr leicht endgiltig darthun durch den Hinweis auf die Kinder sogenannter gezähmter Bosjesmannen, welche auf Farmhöfen wie die anderen Dienstboten auferzogen wurden. So findet sich das genärbte, lederartige Ansehen schon bei einem nur 13jährigen Knaben.

Die Haut vieler Feuerländer ist dermassen verdickt, verhornt, rissig und zerklüftet, und häufig insbesondere an den Unterextremitäten mit durch Verletzungen erzeugten Geschwüren und Narben versehen, dass sie das Bild einer Elephantiasis vortäuscht.

Aus der vorangeführten, nach eigener Angabe des Autors nicht detaillirten Beschreibung ist die greifbare Uebereinstimmung mit der Hautanomalie der Meledaner absolut nicht

zu verkennen. Dieselbe stellt demnach eine im Laufe einer unbestimmt langen Zeit allmälig auf einzelne Hautstellen eingeschränkte, in einzelnen Familien mit grosser Constanz sich vererbende atavistische Hautbildung dar. Klinisch präsentirt sich dieselbe allerdings als eine Keratosis, die wir aber weder nach Thost als „erbliche Ichthyosis palmaris et plantaris cornea" noch nach Unna als „Keratoma palmare et plantare hereditarium" auffassen können, weil sie, wie bereits betont wurde, nicht auf den genannten Hautpartien beschränkt ist, überdies die von dem ersteren selbst angeführten Erscheinungen nicht umfasst. Die Bezeichnung Keratoma hereditarium halten wir demzufolge zutreffender.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. IX—XVII.

Taf. IX zeigt die pag. 166 angegebenen Veränderungen an dem innern Fussrande, der Innenfläche der Ferse über den Malleolus bis hinten zum Muskelansatz der Achillessehne.

Taf. X. Beide Unterschenkel derselben Kranken im verkleinerten Maasstabe, am l. die Veränderungen an der Uebergangsstelle des Unterschenkels in das Dorsum des Fusses.

Taf. XI. Veränderungen an den Plantis, den untern Flächen der Zehen, der Volarfläche der l. und der dorsalen der rechten Hand des Franjo Bašic.

Taf. XII zeigt die Veränderungen über beiden Kniegelenken, der Volarfläche und der Streckseite des r. Ellbogengelenkes der Maria Bašic.

Taf. XIII. Die Veränderung am Handrücken und die Veränderungen der Finger beider Hände der Kranken in Borgo Erizza, die ihr Gesicht photographisch nicht aufzunehmen sich erbat.

Taf. XIV u. XV zeigen in grösserem Formate die Veränderungen der Hände an einem 28jährigen Kranken. Die Photographien hatte Herr Ministerialrath Dr. v. Kusy mir freundlichst zur Verfügung gestellt.

Taf. XVI u. XVII demonstriren die Vererbung der Affection in den Familien.

Die Exantheme der Tuberculose.

(„Tuberculides" Darier.)

Von

Professor **Cäsar Boeck**
in Christiana.

(Fortsetzung.)

Wie oben erwähnt, nahm ich schon im Jahre 1880 eine mikroskopische Untersuchung von den damals beschriebenen Fällen vor, und bei der erneuerten Untersuchung, die ich von Zeit zu Zeit an den seitdem beobachteten Fällen dieser Form, speciell an dem in der 10. Krankengeschichte behandelten Patienten, vorgenommen habe, kann ich in den meisten Beziehungen das damals Angeführte bestätigen.

Was ich bei dieser Gelegenheit als Resultat dieser späteren Untersuchungen speciell hervorheben möchte, ist die in allem Wesentlichen vollständige Analogie zwischen dem hier Gefundenen und dem mikroskopischen Befunde bei der discoiden Form von Lupus erythematosus, nur dass es bei der hier besprochenen Form sehr oft zur Bildung eines necrotischen Fokus im entzündeten Gewebe kommt.

Der pathologische Process geht auch hier von den Blutgefässen aus, und wenn der Process sich oft ganz besonders um die Haartalgfollikel und Schweissdrüsen concentrirt, ist dies, wie ich schon in meiner ersten Arbeit hervorgehoben habe, darin begründet, dass die Gefässe hier am reichlichsten vertheilt sind, und ich habe ebenso wenig wie Tenneson (l. c.) finden können, dass das eine oder das andere der genannten Organe speciell vorgezogen wäre.

Man kann in einer und derselben Papel alle beiden Organe als Centrum eines gleich heftigen Entzündungsfokus finden. Speciell die tief in der Haut sich entwickelnden kleinen

Knoten gehen doch wohl von dem einen Schweissknäuel umspinnenden Gefässnetz aus, wie namentlich Dubreuilh (l. c.) es beschrieben hat.

Die erste Veränderung, der die Gefässe unterliegen, ist gewiss die enorme Erweiterung, die an sehr vielen derselben in dem angegriffenen Hautgebiet beobachtet werden kann. Die stärkste Erweiterung habe ich vielleicht an denjenigen Gefässen beobachtet, die in einer gewissen Tiefe der Pars reticularis cutis die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen begleiten, und von einem solchen, oft enorm erweiterten Gefässe strecken sich dann kleinere erweiterte Gefässe in allen möglichen Richtungen durch die Haut hin.

Die nächste Veränderung der Gefässe, die bemerkt wird, ist eine auffallende Proliferation der Gefässendothelien, die mitunter nicht nur an Anzahl, sondern auch an Grösse zuzunehmen scheinen, während gleichzeitig die Kerne dieser Zellen oft etwas blässer werden und nicht mehr so leicht die basischen Anilinfarben aufnehmen. Die Proliferation ist mitunter so bedeutend, dass das Gefässlumen beinahe vollständig ausgefüllt scheint.

Ungefähr gleichzeitig mit diesem Processe im Innern des Gefässes umgibt sich dasselbe mit einer mehr oder weniger reichlichen, compacten Zellenmasse, die sich in auffallend langen Zügen durch die Haut hinzieht. Etwas Aehnliches findet man ja bei allen Hautentzündungen, aber es scheint doch dieses Verhältniss speciell beim Lupus erythematosus mehr markirt hervorzutreten wie bei den meisten anderen Affectionen. Dies wird auch schon von Prof. Neumann[1]) für die discoide Form hervorgehoben wie von mir (l. c.), für die hier besprochene, bei welcher auch Darier[2]) es neuerdings erwähnt hat.

Mit Bezug auf die Zellenarten, die hier auftreten und das Infiltrat um die Gefässe bilden, ist manchmal die Beurtheilung schwierig genug. Die oft eng zusammengedrängten Zellenmassen bestehen grösstentheils aus mittelgrossen Zellen mit einem ziemlich grossen Kern von runder, ovaler

[1]) Jahrbuch der Hautkrankheiten. 1876, pag. 485.
[2]) Annales de Dermatologie. 1895, pag. 384.

oder mitunter mehr länglicher Form. Das Protoplasma ist sparsam und färbt sich etwas schwierig, obschon man es bei zweckmässiger Färbung deutlich sieht. Diese Zellen sind durchgehends etwas grösser wie die Leukocyten, die man zum Theil im Gefässlumen sieht, zum Theil soeben aus demselben zwischen den anderen Zellen herausgetreten sind.

Die Kerne dieser Leukocyten sind auch kleiner und färben sich stärker wie die Kerne der genannten mittelgrossen Zellen. Diese letzteren müssen wohl also wegen der genannten Verhältnisse am ehesten als junge Bindegewebszellen aufgefasst werden. Dagegen kommt es sehr selten vor, dass man an der Peripherie der Zelleninfiltrate eine vereinzelte, ausgeprägte Plasmazelle mit ihrem stark gefärbten körnigen Protoplasma vorfindet. Nur unter ganz besonderen Umständen, in einem zu Necrose sich anschickenden Focus, habe ich, wie man aus dem Folgenden sieht, eine gewisse Menge characteristischer Plasmazellen vorgefunden. Sehr viele Mastzellen kommen dagegen überall sowohl mitten in den Zellenmassen wie auch sonst im entzündeten Cutisgewebe herumschwärmend vor.

Je mehr man sich dem centralen Fokus der Entzündung nähert, desto zahlreicher treten auch die kleinen Leukocyten zwischen den anderen Zellenarten auf. Die fixen Bindegewebszellen nehmen in einem aussergewöhnlichen Grade an dem pathologischen Processe Theil. Ueberall im kranken Gewebe sieht man diese Zellen in lebhafter Proliferation begriffen. Aber auch diese Proliferation macht sich mehr und mehr geltend, je mehr man sich den centralen Foci nähert. Ziemlich weit entfernt von diesen Foci kann man doch sehen, wie diese fixen proliferirenden Zellen mitunter gleichzeitig einer Degeneration unterliegen, indem im Protoplasma derselben mehr oder weniger zahlreiche Körnchen von verschiedener Grösse auftreten.

Wirkliche Riesenzellen habe ich nie bei meinen Untersuchungen dieser Affection gefunden und noch weniger Tuberkelbacillen.

Mit dem Verhalten der Intercellularsubstanz habe ich mich weniger beschäftigt, da die meisten meiner Präparate schon vor einigen Jahren verfertigt sind. Nur konnte

man an einigen mit der Doppelfärbung von Pianese mit Eosin und Methylenblau behandelten Schnitten sehen, wie die Bindegewebsbalken, wenn die Nekrose eingeleitet wird, nach und nach das Vermögen verlieren, die sauren Anilinfarben, speciell das Eosin, aufzunehmen.

Was den nekrotischen Process betrifft, der bei dieser Affection eine so hervortretende Rolle spielt, kann man ihn mikroskopisch schon an Papeln nachweisen, an denen makroskopisch keine Spur einer Nekrose zu ahnen war. In einer solchen, noch ganz frischen, lebhaft rothen, turgescirenden Papel fand ich in der Pars reticularis cutis einen solchen beginnenden nekrotischen Fokus, der weder an einen Haartalgfollikel noch an eine Schweissdrüse gebunden war, sondern gerade zwischen zwei um diese Organe gebildeten entzündlichen Herden sich entwickelte. Das Bindegewebe färbte sich hier, wie gesagt, nicht mehr mit dem Eosin, sondern war schon mehr geneigt, das basische Methylenblau aufzunehmen. Untersuchte man diesen Focus mit der Immersionslinse, fand man, dass auch die Zellen im Absterben begriffen waren; die Kerne färbten sich beinahe gar nicht mehr, und einige grosse, sehr blasse Kerne waren von einer vollständig farblosen Zone umgeben, was also zeigte, dass das Protoplosma schon vollständig abgestorben war. — Eine mehr oberflächliche beginnende Necrose konnte an einem kleinen, erythematösen Fleck oder flachen Papel mit einem kleinen, nadelspitzgrossen Stigma in der Mitte studirt werden. Man sah hier, wie eine kleine Partie in der Mitte, dem erwähnten kleinen Stigma entsprechend, unter das Niveau der Hautfläche herabgesunken war. Die Gefässe waren in diesem kleinen Focus nicht wie in den nächsten Umgebungen erweitert und von reichlichen Zellenmassen umgeben. Im Gegentheil waren die Gefässe hier ziemlich dünn und schmal, und die Zellen kamen auch in diesem offenbar im anfangenden Absterben begriffenen Gewebe ebenfalls so sparsam und zerstreut vor, dass dieser Focus in der That ein sehr blasses Aussehen darbot. Die angewendete Färbung (Boraxmethylenblau) gab leider keinen Aufschluss über das Verhalten der Interzellularsubstanz, aber einen um so viel besseren über die auftretenden Zellenarten. Die, wie ge-

sagt, sparsam vorkommenden Zellen bestanden zu einem nicht geringen Theile aus grossen charakteristischen Plasmazellen mit ihrem reichlichen, körnigen Protoplasma, weiter aus Bindegewebszellen mit weniger Protoplasma und einem runden, ziemlich grossen Kern, einige deutliche Kernkörperchen enthaltend, und aus einigen kleinen Rundzellen und einzelnen Mastzellen. Alle diese verschiedenen Zellen verhielten sich mittlerweile, wie sich aus ihrer Form erkennen liess, beinahe in absoluter Ruhe. Nur die eine der sonst so wanderlustigen Mastzellen hatte einen kleinen Ausläufer ausgestreckt. Dies in Verbindung mit dem Umstande, dass so viele der Kerne so ausserordentlich blass und schwach gefärbt waren, deutete wohl sicher genug darauf hin, dass der ganze kleine Focus im Absterben begriffen war. Die sehr zahlreich auftretenden Detrituskörner waren wohl ebenfalls die Consequenz der anfangenden Necrose. Recht merkwürdig war hier das Verhalten der Oberhaut, indem die Stachelschicht im höchsten Grade reducirt war und nur aus einigen wenigen Reihen von horizontal stark ausgezogenen Zellen bestand. Die Hornschicht darüber war gleichzeitig mächtig genug, doch in Exfoliation begriffen. An anderen Efflorescenzen wieder sah man, wie die Necrose sich in einem sehr stark rundzellig infiltrirten Focus entwickelte, welcher mitunter doch auch ganz deutlich sich um einen Haartalgfollikel gebildet hatte.

Was das Verhalten der Oberhaut im Ganzen betrifft, gestaltet dies sich sehr verschieden nach dem Grade und der Intensität des Processes.

Wo die Ernährungsstörung noch mässig ist, bietet das Vorgefundene eine ausserordentliche Aehnlichkeit mit dem Bilde dar, das man bei der discoiden Form des Lupus erythematosus findet. Man sieht, wie die Retezellen gegen die Mitte der erkrankten Partie nach und nach grösser werden. Auch die Zellkerne nehmen gleichzeitig an Grösse zu, werden wie gebläht und enthalten bis 3 und 4 Kernkörperchen. Die Kerne färben sich jetzt nur schwach mit Methylenblau, während das Protoplasma gleichzeitig mehr und mehr vom Eosin aufnimmt statt wie früher das Methylenblau. Mitunter enthält eine solche geblähte Retezelle zwei dicht zusammengedrängte Kerne. In einzelnen

Retezellen findet man auch eine Vacuole um den Kern herum. Mitosen findet man zwar in den tiefsten Zellenreihen, aber wie bei der discoiden Form, auch hier im Ganzen nicht häufig. Wie bei der letztgenannten Form treten auch hier zahlreiche Wanderzellen zwischen den Retezellen auf. Wo die Entzündung sehr intensiv ist, wird die Zahl der Wanderzellen so gross, dass die Grenze zwischen dem Papillarkörper und der Oberhaut, wie ich schon in meiner ersten Arbeit erwähnt habe, kaum mehr zu erkennen ist.

Das Stratum granulosum, das durchgehends bei allen Formen von Lupus erythematosus sehr geneigt ist, an Mächtigkeit zuzunehmen, zeigt denn auch hier in der Peripherie der Efflorescenzen deutlich genug diese Tendenz, indem es hier in der Regel mit 2, 3 und 4 Zellenreihen auftritt. Ueber der Mitte der Efflorescenz, wo die beschriebene Ernährungsstörung des Rete mucosum intensiver ist, schwindet doch — was übrigens auch bei der discoiden Form vorkommen kann — das Stratum granulosum ganz, und gleichzeitig sind, wie auch zu erwarten wäre, die Zellkerne in der breiten, dicken Hornschicht darüber noch sichtbar, statt wie normal zu schwinden. Der Verhornungsprocess wird also hier in der Mitte der Efflorescenz atypisch, was man am besten an Hämatoxylinpräparaten sieht.

Die Hornschicht ist bei sämmtlichen Formen von Lupus erythematosus durchgehends viel mächtiger wie normal und somit auch hier. Namentlich ist die Mächtigkeit hier ganz bedeutend, wo die erwähnte atypische Verhornung vorkommt.[1]) Wo die Ernährungsstörung sehr heftig ist, kommt es auch zur Bildung von Hohlräumen in der Oberhaut, zu Phlyktänebildungen, namentlich wohl in der Hornschicht, aber auch auf der Grenze zwischen der Schleim- und der Hornschicht. Endlich muss die ausserordentlich reichliche Invasion von Wanderzellen in die Hornschicht, die

---

[1]) Mit Rücksicht auf die hier auftretende atypische Verhornung werde ich mir übrigens die Nebenbemerkung erlauben, dass ich an ausgeprägten Fällen von der discoiden Form, wo sowohl das Stratum granulosum wie corneum in entsprechendem Grade gewaltig entwickelt waren, und wo somit eine vollständig typische Verhornung zu erwarten wäre, nichtsdestoweniger oft im Stratum corneum eine Menge Zellen gefunden habe, in welchen man fortwährend die Kerne sehen konnte.

unter diesen Umständen stattfindet, erwähnt werden, und zwar bis in die obersten Lamellen derselben, die offenbar in Folge dessen ausserordentlich an Mächtigkeit zunehmen können.[1]) Diese starke Invasion von Rundzellen ist wohl als eine Consequenz der anfangenden Necrose der Epidermis und der zum Theil dadurch bedingten üppigen Vegetation von Staphylococcen anzusehen.

Da man sich denken konnte, dass die peripheren Nerven, die zu diesen Efflorescenzen verlaufen, speciell erkrankt sein könnten, behandelte ich eine tief excidirte Papel mit Osmium u. s. w. Das Resultat entsprach doch nicht den Erwartungen. Nur in einem einzigen Schnitte gelang es, ein Nervenbündel nachzuweisen, in welchem einzelne Myelinscheiden gelitten zu haben schienen.

Wie stimmt nun im Ganzen das hier Gefundene mit der Vermuthung von einer Einwirkung von bakteriellen Toxinen auf die Gewebe, hier also wahrscheinlich von denjenigen des Tuberkelbacillus? Wir sahen, dass eine Erweiterung der Gefässe das erste war, was bemerkt werden konnte, eine Störung, die, den Symptomen nach, durch eine Einwirkung auf die vasomotorischen Centren zu Stande gekommen angesehen werden muss (siehe unten). Wenn dies geschehen ist, und die Gefässendothelien somit in gewissen Gebieten unter abnorme Ernährungsverhältnisse gebracht worden sind, indem der Blutstrom langsamer geworden u. s. w., macht die giftige Einwirkung der im Blute circulirenden Toxine auf die Endothelzellen sich hier um so viel leichter geltend, und es ist somit leicht verständlich, dass die beschriebenen Veränderungen im Endothel eingeleitet werden. Die Toxine dringen mittlerweile jetzt auch durch die krankhaft veränderten Gefässwände hindurch und bewirken Dystrophie der Gewebe und eine Proliferation der Zellen sowohl um die Gefässe wie nach und nach auch überall in den Geweben herum, wohin die Toxine reichen. In dieser Weise erklärt sich auch die sehr verbreitete Proliferation der fixen Bindegewebszellen. Dass eine Auswanderung der weissen Blutkörperchen durch die krankhaft veränderten Gefässwände

---

[1]) Etwas ganz ähnliches findet man ja selbstverständlich auch bei einer Menge anderer Hautaffectionen.

leicht stattfindet, liegt ja nahe, und wenn in Folge der combinirten Wirkung der Gefässobliteration und der Einwirkung der Toxine gewisse Theile der Gewebe zu necrotisiren anfangen, lockt dieser Process chemotaktisch noch mehr die Wanderzellen heraus. Trifft die Necrose nun auch die Oberhaut und siedeln sich die Bakterien von aussen an, so erhalten die weissen Blutkörperchen durch die Toxine dieser von aussen eindringenden Bakterien eine noch stärkere Aufforderung, massenhaft zuzuströmen. Wie wir hörten, traten auch immer im Falle einer Necrose grosse Mengen von Wanderzellen auf. Es lässt sich somit unschwer, wie es mir scheint, eine Affection, wie die oben besprochene, als eine Toxidermie, durch die Circulation der Toxine einer Bakterie entstanden, auffassen.

Die Bezeichnung der hier besprochenen Form hat gewiss viel weniger Bedeutung wie die Feststellung ihrer Natur. Aber vorläufig halte ich an der von mir vor 18 Jahren angewendeten fest. Sie ist nicht nur wohl begründet, sondern auch bis auf weiteres praktisch. Ich begreife natürlich sehr gut, dass viele Collegen es im Anfang sonderbar genug finden werden, dass ich ein Krankheitsbild, dessen äussere Erscheinungen für die erste Betrachtung sich in solchem Grade von den gewöhnlichen Formen des Lupus erythematosus unterscheiden, unter diese Krankheit einführen wollte. Mittlerweile war es, wie gesagt, seinerzeit zum Theil der mikroskopische Befund, zum Theil das Vorkommen auch bei dieser Form von einer „Erysipelas perstans“ und endlich der oft ausgesprochene erythematöse Charakter der Primärefflorescenzen, welche mich veranlassten die Affection zum Lupus erythematosus hinzuführen. Und im jetzigen Augenblicke können auch andere, und zwar sehr triftige Gründe, um wenigstens vorläufig eine solche Benennung anzuwenden, angeführt werden. So haben wir oben, in den zwei ersten Krankengeschichten, gesehen, wie die gewöhnliche, discoide Form von Lupus erythematosus sich mit der hier besprochenen Form, und in der dritten Krankengeschichte, wie diese Form sich wieder mit dem Lupus erythematosus disseminatus von Kaposi combinirt. Man erinnere sich weiter an den Fall in der Société de Dermatologie vom Jahre 1895 (siehe oben), wo man einen Lupus erythematosus an den

Händen und eine „Folliclis“ auf den Ellbogen vorfand, und man erinnere sich, in welcher unlöslichen diagnostischen Schwierigkeit man sich hier befand, eine Schwierigkeit, die sich nothwendigerweise recht häufig wiederholen muss, wenn man hier unnöthigerweise das in allem Wesentlichen Identische künstlich auseinander halten will.

Man erinnere sich noch weiter an die Bemerkung von Dr. Brocq über seinen in diesem Jahre erwähnten Fall (s. oben), wo er äusserte, dass jeder, der die Affection auf der Pars capillata sah, gewiss zur Diagnose Lupus erythematosus kommen musste. Endlich erinnere man sich, dass Darier bei der mikroskopischen Untersuchung eines Falles, ganz wie ich 16 Jahre früher, für einen Lupus erythematosus concludirte. Es ist also klar genug, dass diese Formen wirklich zusammen gehören und in ihrem Wesen derselben Natur sind, und es scheint dann auch logisch, durch eine entsprechende Nomenclatur sie in Verbindung mit einander zu setzen. Dass dies auch praktisch ist, dafür spricht meine Erfahrung; denn während der Zeit, wo ich meine Lehrerstellung inne habe, habe ich immer dieses Exanthem zum Lupus erythematosus disseminatus eingereiht, und meine Schüler haben nie irgend eine Schwierigkeit gehabt, die Zusammengehörigkeit desselben mit den gewöhnlicheren Formen von Lupus erythematosus zu begreifen; sie kennen vielmehr sehr gut dieses Exanthem und wissen es als Lupus erythematosus disseminatus zu diagnosticiren.

Zwar wäre es am allereinfachsten — wenn man zuerst überall darin einig geworden wäre, dass auch die discoide Form von Lupus erythematosus wirklich ein „Exanthem der Tuberculose“, eine „Tuberculide“ darstellt — alle Formen, die discoide, die disseminate und aggregate von Kaposi wie die oben besprochene Form unter einer einzigen Benennung zusammenzufassen, welche sie alle einzuschliessen recht geeignet wäre, wie z. B. Lupus exanthematicus es sein würde. Es würde dann das Substantiv an die Aetiologie, das Adjectiv an die Pathogenese erinnern. Aber die Zeit für derlei Neuerungen auf diesem Felde ist wohl noch nicht gekommen.

Ich halte mich so lange bei dieser Frage über die Nomenclatur auf, weil es sich gezeigt hat, dass Schwierigkeiten hier

wirklich bestehen. Wir haben gesehen, wie man in Frankreich, wo man in der neueren Zeit sich viel mit der oben besprochenen Form beschäftigt hat, die verschiedensten Bezeichnungen dafür angewendet hat. Ehe man noch die Abhängigkeit der Affection von der Tuberculose erkannt hatte, wurde sie z. B. „Folliculites disseminées symmetriques etc.", „Folliclis" oder „Hydrosadénites suppuratives" genannt, und später ist sie zum Theil als „Folliclis", zum Theil als „granulome innominé" oder noch fortwährend als „Folliculites disseminées etc." oder als „tuberculides acnéiformes et necrotiques" bezeichnet worden. Mit der letzteren Bezeichnung, welche, wie gesagt, doch wohl die beste der hier genannten sein dürfte, hat man ja übrigens eigentlich einen alten Weg betreten. Man erinnert sich, wie Bazin seine Scrophuliden, Arthriden u. s. w. nach der Form als erythematöse, papulöse, pustulöse u. s. w. bezeichnete, und ganz in derselben Weise konnte man ja auch die verschiedenen Formen von „Tuberculiden" nach einem solchen Princip aufstellen. Aber ein solches Vorgehen würde doch ganz sicher nur zur Zerstückelung und Unklarheit führen, und wahrscheinlich denkt auch Niemand ernstlich daran, diesen Pfad wieder aufzunehmen. Im Gegentheil ist es ja eben die Aufgabe, alle diese „Exantheme der Tuberculose" zu einer für den gewöhnlichen Praktiker leicht übersichtlichen Gruppe zu sammeln, und es ist gewiss sehr wünschenswerth so wenig getrennte Formen und dazu gehörende Namen wie nur möglich aufzustellen. Man darf nicht durch eine allzu üppige Nomenclatur den praktischen Arzt vom dermatologischen Studium abschrecken, das ihm zu einer so unschätzbaren Stütze bei der Diagnose und Behandlung wohl beinahe von allen constitutionellen Leiden werden könnte. Ganz nöthig ist es nichtsdestoweniger, das unten beschriebene „Eczema scrofulosorum" aufzustellen, weil es unmöglich ist, dasselbe mit irgend einer von den anderen Formen zu verknüpfen, und weil diese Ekzemform deswegen auch sehr wichtig ist, weil sie in ihren leichteren Formen von allen Exanthemen der Tuberculose das häufigste ist.

Was die Behandlung dieser Form betrifft, möchte ich ganz besonders die in der Regel sehr schnelle Wirkung von

Bleiwasserumschlägen hervorheben, wo solche mit Leichtigkeit applicirt werden können. Wenn es sich um Hautregionen handelt, wo dies nicht praktisch ist, wende ich mit Vortheil Waschungen mit einem von mir seinerzeit angegebenen Bleiwasserliniment an (Talci pulv., Amyli āā 50·00, Glycerini 20·00, Aquae saturninae 100·00). Die tiefen und grossen Substanzverluste nach vorausgegangenen Nekrosen, wie sie namentlich auf den Waden vorkommen, sind mitunter sehr schwierig zum Heilen zu bringen. Nichts kommt unter diesen Umständen, meiner Erfahrung nach, den $\frac{1}{2}$—1procentigen Lapisumschlägen gleich. Noch viel wichtiger für die Kranken als ihre Hautkrankheit los zu werden, ist doch die Bekämpfung des constitutionellen Leidens selbst, der Tuberculose, damit der Organismus im Kampfe mit diesem tückischen Feinde immer die Oberhand behalten kann. Für diesen Zweck wende ich in der Regel Eisenchinin-Wein und Leberthran an.

Lichen scrofulosorum Hebra.

Es ist oben, namentlich in der 10., 11. und 12. Krankengeschichte, gezeigt worden, wie die im Vorhergehenden ausführlich behandelte Form sich mit Symptomen von Lichen scrofulosorum combiniren kann. Es wäre wohl also eigentlich hier am Platze, dieses Glied in der Kette der „Exantheme der Tuberculose" zu behandeln. Aber erstens ist das klinische Bild dieser Affection so wohl bekannt und zweitens der Zusammenhang derselben mit der Tuberculose so allgemein anerkannt, dass eine weitere Documentation in dieser Richtung ganz unnöthig wäre.

Nur sei es hier bemerkt, dass die Affection trotz der sowohl von Neisser wie von Jadassohn[1]) beobachteten typischen, localen Reaction um die Lichen-Papeln nach Tuberculininjectionen und trotzdem, dass man Riesenzellen im Infiltrate in der Haut findet, kaum im Ganzen als eine wahre und wirkliche Hauttuberculose aufgefasst werden kann. Erstens ist es nämlich trotz unzählbarer Untersuchungen von verschie-

---

[1]) Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathol. Anatomie. Herausgegeben von Lubarsch und Ostertag. — Die tuberculösen Erkrankungen der Haut. (Dritte Classe. B. IIα.) pag. 389.

denen Forschern nur ein einziges Mal gelungen, einen Bacillus nachzuweisen (Jacobi), zweitens sind auch die ebenfalls sehr zahlreichen Inoculationen auf Thiere mit Material von der Krankheit immer negativ ausgefallen. Auch der Umstand, dass die Krankheit in der Regel ganz von selbst ohne jede Behandlung schwindet, spricht ja gegen die Gegenwart des Bacillus in irgend einer nennenswerthen Menge im kranken Hautgewebe.

Auch die von Schweninger und Buzzi[1]) gemachte Mittheilung, dass ein Tuberculöser, dem Tuberculin eingespritzt wurde, sofort ziemlich verbreitete Eruptionen von gruppirten Lichen-Papeln bekam, die in jeder Beziehung den Charakter der bei einem Lichen scrofulosorum auftretenden Papeln hatten, kann hier erwähnt werden. Speciell auf diese Beobachtung gestützt, nahm Hallopeau[2]) schon im Jahre 1892 an, dass die Toxine des Tuberkelbacillus an und für sich hinreichend seien, um diejenige Reaction von Seiten der Haartalgfollikel hervorzurufen, die dem Bilde des Lichen scrofulosorum entspricht. Hallopeau spricht also hier für die letztgenannte Affection ganz dieselbe Vermuthung aus, die ich schon mehrere Jahre früher für den Lupus erythematosus ausgesprochen hatte.

Eczema scrofulosorum.

Es existiren wenigstens zwei verschiedene Formen von Eczem, die so eigenthümlich für scrofulo-tuberculöse Individuen sind, dass die bacilläre Infection des Organismus ohne Zweifel als der wesentliche Factor bei der Aetiologie dieser Affectionen angesehen werden muss. Eine Form ist das von Unna[3]) aufgestellte „tuberculöse Eczem", die andere Form ist das unten beschriebene „Eczema scrofulosorum". Mit der ersten Form, die besonders bei Kindern als nässende Eczeme mit Krustenbildungen auf ödematösem Boden um die Schleimhauteingänge auftritt, werden wir uns doch hier nicht beschäf-

---

[1]) Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XI. 1890. Nr. 12, pag. 581.
[2]) Annales de Dermatologie. 1892, pag. 287.
[3]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. Bd. XII. 1891, pag. 343—45.

tigen, da es zweifelhaft ist, ob sie pathogenetisch mit den übrigen hier behandelten Ausschlagsformen, Lupus erythematosus und Lichen scrofulosorum, parallelisirt werden kann. Dies ist dagegen für das hier beschriebene „Eczema scrofulosorum“ nicht zweifelhaft, da es sogar in dem Grade mit dem Lichen scrofulosorum nahe verwandt ist, dass es vorgekommen ist, dass ein und dasselbe Individium einmal in das Hospital mit einem deutlichen Lichen scrofulosorum hineingekommen ist, ein anderes Mal mit einem Ausschlage wesentlich auf denselben Localitäten, aber so glatt und abgeschilfert, ohne eine Spur von Papelbildung und wenigstens stellenweise mit solcher Tendenz zum Nässen, dass der Ausschlag nothwendigerweise als ein Eczem bezeichnet werden musste. Es kann auch vorkommen, dass, während die Krankheit im Grossen und Ganzen ohne Papeln auftritt, ein einzelner Fleck oder einzelne Partien der Haut eine schwache Andeutung einer circumpilären Papelbildung wie beim Lichen scrofulosorum zeigen können. Es besteht also ein solcher successiver Uebergang zwischen beiden diesen Ausschlagsformen, dass sie deutlich genug von ganz derselben Natur und demselben Ursprung sind. Nichtsdestoweniger ist es, meines Erachtens, nicht nur nützlich, sondern ganz nothwendig, die eczematöse Varietaet separat aufzustellen und zu beschreiben, weil sie, wenn sie rein und ungemischt auftritt, sonst gar nicht vom Arzte für das, was sie wirklich ist, nämlich für einen unzweideutigen Ausdruck der bacillären Infection des Organismus erkannt werden wird, was doch von der grössten praktischen Bedeutung ist.

Dieses „Eczema scrofulosorum“ kommt denn ganz wie Lichen scrofulosorum besonders bei älteren Kindern und jüngeren Erwachsenen vor. Es tritt namentlich mit mehr oder weniger infiltrirten, röthlichen oder gelbröthlichen Flecken und grösseren Flächen auf, die oft nur schuppend, aber auch theilweise nässend und krustenbelegt sein können. Diese Flächen bilden oft circinate und gyrate Figuren. Besonders an den unteren Extremitäten kommen auch nicht selten ausser den genannten Flecken und Flächen auch grössere und kleinere Papeln vor, die grösseren mitunter auch in Pusteln übergehend. Es kommt auch vor, dass die

grösseren Flecke und die kleineren Flächen während der Involution, ehe sie vollständig schwinden, ein Abschlussstadium mit kleinen circumpilären Papeln, die an einen Lichen scrofulosorum erinnern, darbieten.

Auch die Localisation entspricht in manchen Beziehungen der gewöhnlichen Verbreitung eines Lichen scrofulosorum. Die Prädilectionsstellen sind nämlich die vordere und hintere Fläche des Thorax, die äussere Seite der Oberarme mit dem angrenzenden Theil der Unterarme und die unteren Extremitäten, besonders die äussere und vordere Fläche derselben. Sehr häufig ist ausserdem die Pars capillata angegriffen, und die Krankheit bietet hier entweder das Bild einer Pityriasis capitis oder eines nässenden, impetiginösen Ekzemes oder mitunter auch ein Bild, das an eine Seborrhoea asbestina erinnert. Alle diese verschiedenen Formen des Ausschlages auf der behaarten Kopfhaut zeichnen sich mittlerweile, im Vergleich mit ähnlichen Formen anderer Natur, dadurch aus, dass sie verhältnissmässig leicht sich heilen lassen, z. B. oft nur durch einige Einschmierungen mit einer Bleisalbe, eine Behandlung, die sich übrigens im Ganzen sehr effectiv gegen dieses Eczem zeigt, wo und wie es auch auftritt. Dieser Ausschlag ist in der Regel ausgesprochen symmetrisch in seinem Auftreten, und man findet mitunter auch eine Andeutung „verticaler Correspondenz".[1]) Dieses Eczem ist nicht von starkem Jucken begleitet. Es zeichnet sich dagegen dadurch aus, dass es ziemlich oft recidivirt und immer wesentlich an denselben Localitäten, wo es früher vorkam. Weit verbreitete Fälle von dieser Eczemform sind ebensowenig wie Lichen scrofulosorum allzu häufig.

Aber ganz leichte, besonders auf den Kopf und Hals beschränkte Casus gehören, wie gesagt, zur täglichen Praxis.

---

[1]) Ich wende gewöhnlich diesen Ausdruck an, um das Auftreten einer Hautaffection auf correspondirenden Hautregionen der oberen und unteren Extremitäten oder auf entsprechenden Stellen des oberen und unteren Theiles des Stammes, wie z. B. die Scapularregionen mit den Schultern und die Hüften mit den Nates, zu bezeichnen. Eine solche Correspondenz hat ja oft für die Auffassung der pathogenetischen Verhältnisse einer Krankheit grosse Bedeutung.

werden aber gewöhnlich nicht, selbst von erfahrenen Aerzten, in Verbindung mit der Tuberculose gesetzt. — Es ist selbstverständlich, dass dieses „Eczema scrofulosorum" sehr leicht gleichzeitig bei denselben Individuen wie das „tuberculöse Eczem" von Unna vorkommen kann.

Ich werde hier zwei Fälle aus unserer Hospitalsabtheilung für Hautkranke mittheilen. Im ersten Falle wurde der Patient zweimal wegen wiederholter Ausbrüche der Krankheit behandelt:

I. Fall. K. E. P., 18 Jahre, Fuhrmann, kam zum ersten Mal am 5. Februar 1894 ins Hospital.

Status präsens: Die Haut auf der Pars capillata ist hart, straff und infiltrirt anzufühlen. Sie ist mit graugelben Krusten bedeckt, die einen stark hyperämischen Boden überdecken. Haarwuchs etwas dünn. Hinter den Ohren und auf der Stirn, dem Haarrande entlang, ist die Haut ebenfalls hyperämisch und infiltrirt, theilweise nässend, zum Theil mit Krusten und Schuppen bedeckt.

Auf der Vorderseite des Stammes, besonders auf dem Thorax, über dem Unterleibe gegen die Symphyse hin allmälig schwindend, über dem ganzen Rücken, am stärksten über den regiones supraeet infraspinatae und der regio interscapularis, an den Streckseiten der Arme bis zu der Mitte der Vorderarme herunter sieht man grosse trockene, kleienartig schuppende und leicht infiltrirte, hellrothe, confluirende Flecken und Flächen von unregelmässigen gyraten Formen.

An der äusseren Seite der Oberschenkel und der Nates sieht man zerstreute, desquamirende Flecken, die zum Theil ringförmig sind. Auf der auswendigen Seite der Waden findet man zahlreiche von nadelkopf- bis hanfkorngrosse Papeln, die zum Theil mit Schorfen bedeckt sind. Zwischen diesen Papeln sieht man auch hier zerstreute Flecke von der oben beschriebenen Beschaffenheit. — Der Patient ist scrofulo-tuberculös und hat als Kind an „Scrofeln in den Augen" gelitten.

Historia morbi: Der Patient hat durch viele Jahre an Ausschlag auf dem Kopfe gelitten, ganz besonders mit Ausbrüchen jeden Winter. Vor einigen Wochen exacerbirte der Ausschlag und verbreitete sich dann nach und nach über den ganzen Stamm in der oben beschriebenen Form. Der Ausbruch war nicht von Störungen des Allgemeinbefindens begleitet.

Es wurde Arsen innerlich, Bleisalbe auf dem Kopfe, dem Stamme und den oberen Extremitäten, ein Bleiwasserliniment auf den Waden applicirt.

Am 28./III. 1894 wurde er geheilt entlassen. Es ist damals notirt worden: Die Haut überall glatt. Kaum eine Spur mehr von Hyperämie, weder auf der pars capillata noch an andern Theilen des Körpers.

Gegen ein Jahr später, am 28. Jänner 1895, kam er wieder in das Hospital mit einem neuen Ausbruch der Krankheit. Er berichtete, dass er um Weihnachten 1894 Schiffbruch gelitten hatte — er war jetzt Seemann geworden — und war bei der Gelegenheit während mehrerer Tage in nassen Kleidern herumgegangen. Unmittelbar nachher war nun das Eczem wieder herausgekommen. Beim Aufnehmen ins Hospital bei dieser Gelegenheit ist der Status präsens von einem anderen Praktikanten in folgender Weise beschrieben:

An dem Halse hat der Patient geschwollene Drüsen. Die Haut auf der Pars capillata ist hart, straff infiltrirt und mit der Länge nach angeordneten graugelben Krusten bedeckt, welche der Richtung der Haare folgen und dieselben einschliessen.

Auf der Stirn, dem Haarrande entlang, und hinter den Ohren ist die Haut ebenfalls infiltrirt, roth und desquamirend.

Auf der hinteren Fläche des Stammes, besonders in der Interscapularregion, gegen die Nates hin mehr und mehr abnehmend, sieht man zahlreiche, trockene, kleieartig schuppende und leicht infiltrirte, hellrothe, confluirende Flecke und Plaques von unregelmässiger Form. Diese Efflorescenzen sind überall trocken. An ein paar Stellen sieht man doch mehr wie nussgrosse graugelbe Krusten.

An der unteren Hälfte des Thorax vorne sieht man einzelne zerstreute, von hanfkorn- bis bohnengrosse hellrothe Flecke von derselben Natur wie oben beschrieben.

Symmetrisch verbreitet auf den Streckseiten der Arme bis zu der Mitte der Unterarme herunter sieht man ähnliche Flächen wie auf dem Rücken, auf dem linken Vorderarme ausserdem zahlreiche Krusten.

Auf der vorderen Fläche der beiden Oberschenkel sieht man zahlreiche, intensiv rothe, nadelkopf- bis hanfkorngrosse Papeln und zwischen diesen ein paar ringförmige, desquamirende Flecke.

An den Waden, besonders auf der äusseren Seite derselben, finden sich ähnliche, symmetrisch angeordnete Flecke und Plaques vor. Unterhalb der beiden Malleoli sieht man ebenfalls symmetrisch auftretende Plaques.

Es wurde wieder Arsen innerlich, Bleisalbe auf den behaarten Kopf und auf die übrigen angegriffenen Regionen eine Salbe von Lanolin, Ol. olivarum und Bleisalbe zu gleichen Theilen verordnet.

Schon nach vier Wochen, am 26./II. 1895, wurde er geheilt entlassen. Die Kopfhaut war glatt und nicht injicirt. Sonst sah man auf dem Körper gelbbraune, schwach pigmentirte Herde nach den früheren Flecken.

Wie man gesehen hat, konnte bei diesen zwei verschiedenen Ausbrüchen der Krankheit der Zustand mit beinahe ganz denselben Worten beschrieben werden. Nur war der Ausschlag das letzte Mal auf der vorderen Fläche des Stammes

und an den unteren Extremitäten weniger hervortretend. Der Patient war ausgesprochen scrofulo-tuberculös, aber es war bei dem ersten Eintreten ins Hospital vergessen worden, die auch damals vorhandenen Drüsentumoren zu notiren.

II. Fall. Dagny L., 9 Jahre, kam am 26./I. 1895 ins Hospital hinein.

Status präsens: Auf dem Kopfe, dem Rumpfe und den Extremitäten sieht man ein durchgehends symmetrisch verbreitetes Exanthem, das am Kopfe hauptsächlich nässende und krustenbelegte Partien, auf dem Rumpfe und den Extremitäten mehr rothe, desquamirende Flächen darbietet.

Die Vorderfläche des Stammes ist verhältnissmässig frei; doch findet man auch hier eine leichte Desquamation, und die Haut ist etwas rauh anzufühlen. Auf dem Rücken ist die Schuppung reichlicher und die Haut mehr roth und infiltrirt. Ueber den beiden Scapularregionen sieht man einige grössere und kleinere, zum Theil rothe und etwas nässende, zum Theil krustenbelegte Partien.

An den Extremitäten bietet der Ausschlag eine ausgesprochene Symmetrie, zum Theil auch „verticale Correspondenz" dar. Die Streckseiten der Oberarme und die Vorderflächen der Oberschenkel z. B. zeigen vollständig entsprechende Bilder mit einer scharf abgegrenzten, rothen, stark infiltrirten Fläche, die theilweise von reichlichen weisslichen, trockenen Schuppen gedeckt ist. Hie und da sieht man eingetrocknete gelbliche Krusten. Die Vorderarme sind weniger angegriffen; doch ist auch hier die Haut röthlich, infiltrirt und desquamirend, zum Theil auch krustenbelegt. Die Hände sind vollständig frei.

An den Waden sieht man symmetrisch über dem oberen Drittel der Vorderfläche der beiden Tibiae eine ähnliche, diffus verbreitete Infiltration und Desquamation der Haut wie an den Oberschenkeln. Von dieser breiteren Partie erstreckt die Infiltration sich streifenförmig nach unten, der crista tibiae entlang und setzt sich zu beiden Seiten von der normalen Haut durch einen scharfen rothen Rand ab. Auf der äusseren und inneren Seite der Waden finden sich grössere normale Hautpartien, auf welchen einige grössere und kleinere, zum Theil ringförmige, zum Theil mehr gyrate Flächen scharf hervortreten. Die Mitte der letzteren involvirt sich, während die Ränder roth infiltrirt und zum Theil mit kleinen, nadelkopfgrossen Papeln besetzt sind.

Unterhalb der beiden malleoli interni findet man symmetrisch an den Füssen eine Sammlung rother, krustenbelegter Folliculiten, wie auch eine leichte Desquamation in den beiden Fusssohlen zu sehen ist, doch auf beiden Seiten auf die Concavität des inneren Fussrandes beschränkt.

Auf der Pars capillata capitis sieht man in der Scheitelregion einige erbsen- bis nussgrosse, krustenbelegte, zum Theil nässende Partien.

Ueber dem Gesichte ist das Eczem stark verbreitet. Auf der Stirn, den Wangen, über der Nase, um die Ohren und auf den angrenzen-

den Theilen des Halses ist die Haut roth und mit grossen Schuppen desquamirend, zum Theil auch nässend und krustenbelegt. Hinter den Ohren sieht man nässende Rhagaden.

Die linke Palpebra ist roth und geschwollen und die Cilien durch Secret zusammengeklebt. Die linke Conjunctiva ist stark injicirt und die linke Cornea verdunkelt; am Rande derselben sieht man zwei Phlyktänen. Starke Photophobie, Thränenfluss und Blepharospasmus.

Die Patientin sieht anämisch aus und ist nach den Aussagen der Mutter seit ihrer Geburt blass und schwächlich gewesen. Schon im dritten Lebensjahre fing das Augenleiden an, welches seitdem immer mehr oder weniger trotz Behandlung das Kind geplagt hat.

Im October 1894 fing dieses Eczem an sich an den Waden zu zeigen mit ähnlichen ringförmigen Efflorescenzen wie jetzt, und bald wurden auch die Oberschenkel und die Schulter angegriffen. Das Eczem ging zurück, als sie vor 9 Wochen ein Scharlachfieber bekam, brach aber vor vier Wochen mit grösserer Heftigkeit wieder hervor.

Es wurde Leberthran und Eisenchininwein verordnet. Aeusserlich wurden verschiedene Salben und Bleiwasserlinimente angewendet und zuletzt eine Schwefel-Zinksalbe, die sich sehr wirksam zeigte.

Am 24. Mai 1895 ist notirt worden: Die Herde nach dem symmetrischen Ausschlag auf dem Rücken und der Brust und namentlich auf den Streckseiten der Extremitäten können noch deutlich gesehen werden. Auf der Brust sind ausserdem noch die einzelnen Flecke wie von einer Menge confluirender, nadelkopfgrosser, blasser, perifolliculärer Papeln gebildet.

Am 11./VI. wurde sie geheilt entlassen.

Dieser Fall ist ebenso ausgeprägt wie der erste, und man sieht, wie merkwürdig sie sich ähneln, trotz des Unterschiedes in Bezug auf Alter und Geschlecht. Auch diese letzte Patientin war ein im hohen Grade scrofulo-tuberculöses Individuum, das z. B. durch viele Jahre an tuberculösen Ophthalmien gelitten hatte. Wir sehen auch bei dieser Patientin eine Andeutung der nahen Verwandtschaft mit dem Lichen scrofulosorum in den kranzgestellten Papeln am Rande der Flecke auf den Waden, wie im papulösen Aussehen der Flecken auf der Brust beim Schwinden des Exanthems auf dieser Localität. Die erwähnten Folliculiten an den Füssen deuten vielleicht auch eine Verwandtschaft mit der ersten von den oben besprochenen Ausschlagsformen an. Nichtsdestoweniger ist der durchgehends eczematöse Charakter des Falles klar und unverkennbar durch die vielen nässenden und krustösen Symptome.

Mit den oben mitgetheilten zwei typischen Fällen darf wohl das hier beschriebene Eczem als eine wohl etablirte Form betrachtet werden, und andere Fachcollegen werden gewiss diese Beobachtungen bestätigen können, obschon, wie gesagt, stark verbreitete Fälle nicht eben häufig sind. Leichtere Fälle dagegen mit mehr beschränkter Verbreitung sind sehr häufig und gehören zur täglichen Praxis, wenn man erst darauf aufmerksam geworden ist. Namentlich wird das Gesicht und der obere Theil des Halses bei scrofulo-tuberculösen Kindern und jüngeren Individuen von einem mit trockenen, schuppenden Flecken auftretenden Eczem dieser Art befallen. Die einzelnen Plaques oder Flecke können auch hier mitunter eine Andeutung zur Bildung leicht hervortretender, circumpilärer Papeln darbieten.

Was die Benennung, Eczema scrofulosorum, betrifft, habe ich vorläufig diese Bezeichnung gewählt, um auch dadurch an die nahe Verwandtschaft mit dem Lichen scrofulosorum zu erinnern.

Ob ein von Eddowes 1893 beschriebener Fall von „tuberculösem Eczem“ hieher gehört, weiss ich nicht. Es war trocken und trat auf ziemlich beschränkten Localitäten auf. Sehr nahe mit dieser Eczemform verwandt, ist zweifelsohne der von Dr. Gastou[1]) am 1. April 1896 in der „Societé de Dermatologie“ präsentirte Fall. Die Mittheilung Gastou's trägt die Ueberschrift: „Dermite eczematiforme en placards et tuberculisation.“ Es ist übrigens merkwürdig, wie wenig Zustimmung Dr. Gastou zu diesem Zeitpunkt von Seiten seiner anwesenden Collegen fand.

Ehe ich diesen Abschnitt verlasse, soll ausdrücklich bemerkt werden, dass ich nicht daran zweifle, dass es, ausser den oben genannten, auch andere Formen von Eczemen gibt, die zu den Exanthemen der Tuberculose zugerechnet werden müssen. Jedenfalls sieht man gewiss eine solche Form bei kleineren Kindern. Ich werde z. B. hier kurz erwähnen, dass man mitunter bei kleineren Kindern auf den Streckseiten der Vorderarme kleine zerstreute, nadelspitzgrosse,

[1]) Annales de Dermatologie. 1896, pag. 512.

perifolliculäre, blasse Papeln vorfindet, die meiner bisherigen Erfahrung nach, ein ziemlich sicheres Zeichen des Vorhandenseins einer Tuberculose in den Organen des Kindes darstellt. Diese kleinen Papeln jucken sehr stark, und die Spitzen derselben sind in Folge dessen in der Regel abgekratzt und mit einer minimalen kleinen Kruste bedeckt. Gleichzeitig leidet das Kind oft an einem nässenden Eczem auf anderen Stellen des Körpers, besonders im Gesichte.

Sehr nahe mit den hier erwähnten, äusserst kleinen, blassen, am ehesten eczematösen Papeln auf den Streckseiten der Vorderarme und zum Theil auf den Waden sind unzweifelhaft die auf denselben Localitäten bei kleinen Kindern auftretenden perifolliculären Pusteln verwandt, die von Colcott Fox und Radcliffe Crocker als „Akne scrofulosorum in infants“ beschrieben worden sind. (British Journal of Dermatology, 1895, p. 341.)

Es ist oben versucht worden, den gegenseitigen Zusammenhang zwischen den beschriebenen Formen und den Uebergang derselben in einander nachzuweisen, und ferner, wie alle diese Formen ausschliesslich bei nachweisbar scrofulo-tuberculösen Individuen vorkommen, so dass die Abhängigkeit und der Ursprung dieser Affectionen von der Tuberculose nicht zweifelhaft sein kann. Es erübrigt nur noch dies auch für eine Krankheitsform zu beweisen, deren nahe Verbindung mit der zuerst besprochenen Form übrigens schon gezeigt ist, nämlich:

(Fortsetzung folgt.)

Aus der syphilitischen Abtheilung des Prof. Dr. Zarewicz im St. Lazarus-Hospital zu Krakau.

Janet's Irrigationen in der Therapie der Gonorrhoe.

Von

Dr. **Franz Krzyształowicz,**
Secundärarzt I. Cl.

Die grosse Mannigfaltigkeit der Methoden, Medicamente und Instrumente, die in der letzten Zeit in der Therapie des Trippers empfohlen werden, besitzt den Fehler, dass sie dem praktischen Arzte deren Wahl erschwert und meist eine längere Erfahrung und Uebung erfordert, um mit Erfolg angewendet zu werden.

Bevor ich an die Besprechung der von Janet angegebenen Methode kommen werde, will ich manche Einzelheiten erwähnen, die in der Therapie der Gonorrhoë von Bedeutung sind.

Heute wird wohl schon Niemand daran zweifeln, dass der Tripper eine Infectionskrankheit ist, die sich unter dem Einflusse des von Neisser entdeckten Gonococcus entwickelt. Ausser den Entzündungserscheinungen, die durch diesen Mikroorganismus hervorgerufen werden, besitzt die Krankheit die Eigenschaft, dass sie am Orificium urethrae beginnt und von da nach hinten schreitet. Die Erforschung des Sitzes der Gonorrhoë muss also die Therapie bedeutend beeinflussen.

Die neueren Erfahrungen belehren uns immer mehr, dass die Trippererkrankung die ganze Länge der Harnröhre einnimmt und zwar schneller und häufiger als es früher schien (Diday, Gyon, Jamin, Jullien). Zuerst hat darauf Aubert (Lyon méd. 1884) hingewiesen und seine Anschauung fand auch in kurzer Zeit viele Anhänger; ich will nun die Beobachtungen der Hervorragendsten derselben hier folgen lassen.

Jadassohn[1]) gibt die Häufigkeit der Mitwirkung der hinteren Harnröhre in der Gonorrhoë von der Dauer bis 6 Wochen auf 87·7% an; Letzel[2]) bei Erkrankungen in der Dauer von 10 Wochen auf 92·5%; Rona[3]) sah in den ersten 8 Wochen der Gonorrhoë in 90 Fällen auf 100 die Erkrankung des hinteren Abschnittes der Harnröhre. Bei Philippsohn beträgt der Procentsatz 86·6, in Finger's Poliklinik 82% und Heisler fand 80 Fälle der Gonorrhoë der hinteren Harnröhre auf 100.

Alle diese Zahlen, die von einander wenig abweichen, wie auch unsere eigenen Beobachtungen bestätigen die Ansicht, dass es für die Mikroorganismen keine Grenze zwischen der vorderen und hinteren Harnröhre gebe und dass also die Erkrankung des hinteren Abschnittes nicht als Complication betrachtet werden darf (Feleky).

Was die Zeit anbetrifft, in welcher der Tripper auf den hinteren Theil übergeht, wurde allgemein behauptet, dass dies selten vor dem Ende der zweiten Woche geschehe (Finger, Zeissl, Kopp, Jullien, Neumann, Letzel u. A.), manche geben dafür sogar einen späteren Zeitpunkt an (Ultzmann). Nach der Ansicht Anderer wieder soll das häufig im früheren Stadium auftreten und so behauptet z. B. Lang, dass man oft schon in der ersten Woche den Tripper in der hinteren Harnröhre aufweisen kann, doch am häufigsten geschieht dies in der 2. und 3. Woche. Heisler beweist, dass dies in 54% schon in den ersten 2 Wochen geschehe und Lanz[4]) gibt in der unlängst erschienenen Arbeit an, dass sich die Gonorrhoë in 80% der Fälle auch in der hinteren Harnröhre entwickele, woraus er den Schluss zieht, dass der Tripper des hinteren Abschnittes der Harnröhre nicht als eine Complication anzusehen ist und dass ihn gewisse Einflüsse nur beschleunigen, aber nicht hervorrufen können. Als Zeitpunkt des Auftretens gibt er für

---

[1]) Beiträge zur Lehre v. d. Uret. post. am Congress zu Prag 1889.

[2]) Ueber d. Häufigkeit d. Betheilig. d. Uret. post. — Internation. Centrbltt. f. d. Phys. u. Path. d. Harn- u. Sexualorg. Bd. II, 1890.

[3]) Ungarisches Archiv f. Med. 1893.

[4]) Ueber d. Häufigkeit u. d. Zeit d. Auftr. d. Uret. post. bei d. acut. Gonor. — Archiv. Bd. XXVIII, H. 2.

die Hälfte der Fälle die ersten 2 Wochen an, doch soll die Erkrankung oft im Anfange keine subjectiven Symptome hervorrufen, wodurch sie unbemerkt bleibt.

Der Sitz der Gonococcen muss auch die Therapie des Trippers beeinflussen. Touton[1]) sagt in seiner Abhandlung, dass sich der gonorrhoische Process meist nur anfangs als Eiterung in der epithelialen Schicht entwickele, dass er aber bald und sehr oft durch die Vermehrung der Gonococcen in interstitiellen Räumen auf die Submucosa übergreife, von wo aus er vermittels der Eiterzellen sogar in entfernte Organe übertragen werde. Das Epithel erweicht unter dem Einflusse der Gonococcen so sehr, dass sogar Excoriationen und Bindegewebswucherungen entstehen können. All dies beweist uns, dass sich der Krankheitsprocess nicht nur auf der Oberfläche abspielt, sondern dass er meist in die tieferen Schleimhautschichten eindringt. Man muss sich also in der Therapie der Gonorrhoë an gewisse Grundsätze halten, wenn man von derselben einen sicheren und nicht vorübergehenden Erfolg erwarten soll.

Ausser dem strengen Erfüllen der bekannten hygienischen Vorschriften müssen wir in der Wahl des Mittels immer vor den Augen haben, dass die Gonorrhoë eine Infectionskrankheit ist, dass wir also auf die specifischen Mikroorganismen einzuwirken haben, dass das Mittel auf den ganzen erkrankten Theil der Harnröhre, also fast immer auf ihre ganze Länge applicirt werden soll und endlich, dass sich seine Wirkung auch auf die subepitheliale Schicht erstrecken muss. Es muss endlich noch betont werden, dass sich die Heilung nicht nur auf das Verschwinden der klinischen Symptome beschränken soll, sondern sie muss auch durch häufige mikroskopische Untersuchungen unterstützt werden, u. zw. bis diese keine Gonococcen mehr nachweisen.

Von den in neuerer Zeit für die Therapie der Gonorrhoë empfohlenen Methoden gibt die im Jahre 1892 in den Annales des maladies des organes gén.-urinaires von Janet angegebene Irrigation der Harnröhre und der Harnblase mit grossen Mengen von übermangansaurem Kalium vielleicht die grösste Sicherheit,

---

[1]) Gonococ. in sein. Beziehung zu d. blennor. Processen. — Berl. klin. Wochschrft. 1894.

die oben gestellten Bedingungen zu erfüllen. Zur Ausführung dieser Methode dient ein Gefäss — am besten von Glas — welches ca. 2 Liter enthält und dessen unterer Theil vermittels eines $1^1/_2$ Meter langen Gummischlauches mit einem Rohre verbunden ist, das in die Mündung der Harnröhre passt. Der Irrigator hängt 120—150 Cm. über dem Bette des Kranken.

Unmittelbar vor der Irrigation soll der Kranke seine Blase entleeren, wonach man die Harnröhrenmündung abspült. Nachdem man dann das Rohr in das Orificium eingeführt hat, spült man zuerst die vordere Harnröhre gründlich in der Weise aus, dass man die Canüle an die äussere Mündung andrückt und zugleich die Flüssigkeit in die Urethra laufen lässt. Bemerkt man eine grössere Spannung der Wände, dann macht man den Sperrhahn zu und schiebt das Rohr zurück, wodurch man die Flüssigkeit nach Aussen fliessen lässt. Durch mehrmalige Wiederholung dieser Procedur wird der vordere Theil der Harnröhre genau ausgespült. Dies genügt, wenn es sich um Einwirkung auf die vordere Harnröhre handelt; wenn aber gleichzeitig auch der hintere Theil erkrankt ist, müssen wir trachten, die Flüssigkeit in die Harnblase einzuführen, indem wir — nachdem das Orificium durch die Canüle versperrt ist — abwarten bis die Flüssigkeit im Irrigator sinkt, was uns beweist, dass der Widerstand des äusseren Sphincters aufgehoben wurde. Um das Einführen der Flüssigkeit in die Blase zu erleichtern, was nicht immer zum ersten Mal gelingt, lassen wir den Kranken, ähnlich wie beim erschwerten Urinlassen, drängen.

Für die Concentration der Lösung gibt Janet natürlich keine festen Regeln an, sondern nur Andeutungen: wenn die Harnröhrenmündung angeschwollen ist, starker Schmerz beim Uriniren besteht, und der Ausfluss eiterig ist, empfiehlt der Verfasser schwache Lösungen (1 : 5000—4000), ist kein Oedem, das Uriniren schmerzlos und der Ausfluss spärlich, sind stärkere Lösungen (1 : 2000) indicirt und in Fällen, wo die Mündung normal ist, der Ausfluss fast ganz fehlt und im Urin nur Schleimfäden nachzuweisen sind, räth der Autor starke Lösungen (1 : 1000) zu benützen. Dabei bemerkt er, dass schwache Lösungen, in grösseren Mengen benützt, in ihrer Wirkung den stärkeren entsprechen, die in klei-

nen Mengen eingeführt wurden. Die für die vordere und die hintere Harnröhre verbrauchte Flüssigkeit soll circa $^1/_2$ Liter ausmachen.

Aehnlich ist auch die Zahl der Irrigationen, die in 24 Stunden gemacht werden, verschieden; während Janet bei acuter Gonorrhoë anfangs 3, später 2 und zuletzt 1 Irrigation täglich empfahl, liess er bei subacuter und chronischer mit zweien oder sogar einer Irrigation täglich anfangen.

Als contraindicirt betrachtete Janet seine Methode im peracuten Stadium der Gonorrhoë sowie bei Complicationen seitens des Drüsenapparates der Harnröhre, d. h. bei Entzündung der Littre'schen, der Cooper'schen Drüsen und der Prostata, ebenso bei Entzündung der Corpora cavernosa, der Nebenhoden und Samenstränge.

Im Jahre 1893 gibt derselbe Verfasser in den Annales de dermatol. et syphiligr. Band IV, H. 10 eine Modification seiner früheren Methode an u. zw. ändert er die tägliche Zahl der Irrigationen bedeutend. In ganz frischen Fällen, also am 1. und 2. Tage nach dem Auftreten der Krankheit, empfieht er seine Methode als Abortiv-Behandlung, indem er in den ersten 2 Tagen je 2 Irrigationen macht, am 3. Tage eine, am 4. wieder 2, am 5., 6., 7. und 8. je eine. Dabei benützt er immer stärkere Lösungen, er warnt jedoch — je nach der Irritabilität der Harnröhre — vor zu schnellem Vorwärtsschreiten. Dessen ungeachtet bedient er sich schon am 5. Tage gewöhnlich einer Lösung von 1 : 1000. Er gibt aber auch an, dass man auf dieselbe Weise Tripperkrankungen von längerer Dauer nach Beendigung des acuten Stadiums, oder chronische während der Exacerbation heilen kann. In diesen Fällen räth er schneller zu stärkeren Lösungen zu übergehen und die Zahl der Irrigationen sogar bis 12 zu vergrössern.

Wie er in der ursprünglichen Publication zuerst in Intervallen von je 5 Stunden, später je 12 die Irrigationen machen lässt, gibt er in seiner zweiten Arbeit die Zeit zwischen den einzelnen Irrigationen anfangs auf 12, dann auf 18 und zuletzt auf 24 Stunden an.

Die grosse Zahl (90%) der Heilungen, die in so kurzer Zeit von Janet erzielt wurde, bewog den Prof. Dr. Zarewicz

zur Durchführung einer Reihe von Versuchen u. zw. nach der ursprünglichen und nach der in der zweiten Arbeit von Janet modificirten Methode. Diese wurden dem Verfasser dieser Arbeit speciell anvertraut.

Auf Grund der 60 Fälle, die wir im letzten Jahre mit Janet's Irrigationen behandelten, gebe ich im Folgenden die Erfolge dieser Therapie in verschiedenen Stadien der Gonorrhoë an. Was die Technik der Methode selbst betrifft, behandelten wir einen Theil unserer Fälle auf die in der ersten Arbeit Janet's angegebene Weise und einen anderen Theil nach der später (1893) erschienenen Publication. Um die Wirkung dieser Therapie genauer kennen zu lernen, nahmen wir die Erkrankungen ohne Unterschied der Stadien zur Beobachtung, d. h. angefangen von sehr frischen mit acuten Entzündungserscheinungen bis zu den chronischen mit nur spärlichem Ausfluss; in allen Fällen wurden vor der Behandlung Gonococcen nachgewiesen. Einer besseren und leichteren Uebersicht halber theile ich die Fälle in zwei Gruppen je nach der angewandten Methode und nach den drei klinischen Stadien, d. i. dem acuten, subacuten und chronischen.

Bevor ich die einzelnen Gruppen speciell besprechen werde, muss ich auf die Wirkung des nach Janet's Methode eingeführten Medicamentes auf die erkrankte Harnröhrenschleimhaut hinweisen. In acuten Fällen verschwindet der eitrige Ausfluss vollkommen nach der Irrigation, die Scheimhaut ist geröthet, etwas ödematös aber trocken. Kurz darauf beginnt an der Stelle des Eiters reichliches seröses Exsudat zu erscheinen, welches sich nach mehreren Stunden wieder in einen eiterigen Ausfluss verwandelt. Je acuter der Tripper ist, desto schneller entsteht der eiterige Ausfluss, weswegen man auch die Harnröhre öfter ausspülen muss. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt den makroskopischen Befund: das Serum enthält nur hie und da Eiterzellen und der eiterige Ausfluss, welcher im Laufe der Irrigation sich immer mehr in einen schleimig-eiterigen verwandelt, enthält immer weniger weisse Blutkörperchen und mehr Schleim- und Epithelzellen. Die Gonococcen ver-

schwinden oft sehr schnell u. zw. schon nach 2—3 Irrigationen; manchmal aber verminderte sich ihre Zahl nur langsam, indem sie vorerst ihre Eigenschaft in Gruppen aufzutreten und ihre Contouren verloren oder sie erschienen schliesslich nur als einzelne Gruppen von Diplococcen, die nur schwer als Gonococcen erkannt werden konnten und die für die öfters von verschiedenen Autoren beschriebenen „Involutions- und Degenerations-Zustände" der Gonococcen aufzufassen sind. Es kamen aber auch solche Fälle vor, wo die Coccen ungeachtet der wiederholten Irrigationen entweder gar nicht oder nur zeitweise verschwanden.

1. Acute Trippererkrankungen.

Hier reihen wir acute Fälle von Gonorrhoë mit eiterigem, mehr oder weniger reichlichem Ausfluss oft gerötheter und leicht ödematöser Harnröhrenmündung ein, deren subjective Erscheinungen in Schmerz beim Uriniren und während der Erection bestanden. Wir schlossen von der Behandlung mit Janet's Methode die hyperacuten Trippererkrankungen aus, wo also der Ausfluss sehr reichlich, das Oedem der Mündung und der Eichel stark und der Schmerz beim Uriniren sehr bedeutend war. Die in solchen Fällen gemachten Versuche überzeugten uns, dass die Kranken diese Behandlungsweise nicht vertragen, so dass es nicht möglich ist, die zweite Irrigation zu unternehmen.

Von ganz frischen Fällen, die erst kaum 1—2 Tage dauerten, in denen also eine Abortivbehandlung anzuwenden wäre, kann hier nicht die Rede sein, denn die Kranken meldeten sich in diesem Stadium nicht ins Hospital.

Bei acuter Gonorrhoë, für welche die Behandlung entsprechend erschien, wurden anfangs dreimal im Tage, d. i. um 8 Uhr Morgens, 12 Uhr Mittags und 6 Uhr Abends Irrigationen mit Kali hypermanganicum 1 : 4000 gemacht, indem zuerst immer die vordere Harnröhre ausgespült und dann 200—300—400 Gramm der Lösung in die Blase eingeführt wurde. Bei den ersten Irrigationen führte man gewöhnlich etwas weniger Flüssigkeit ein, dann, wenn sich die Blase daran gewöhnt hat,

sogar bis 500 Gr. Zur Ausspülung des vorderen Theiles wurden immer circa 500 Gr. der Lösung verbraucht. Sobald der Ausfluss wie auch die Gonococcen verschwanden, wurden die Irrigationen nur zweimal und dann einmal im Tage gemacht, indem zugleich die Lösung auf 1 : 2000 und 1 : 1000 verstärkt wurde. Stärkerer Lösungen haben wir uns nie bedient.

Wir benützten auch — wie erwähnt — die von Janet selbst modificirte Methode. Zur besseren Uebersicht theile ich im Folgenden die beiden Methoden in die ältere und die neuere ein.

a) Acute Gonorrhoë mit der alten Methode (1892) behandelt. In diese Gruppe gehören 18 Fälle, von denen einer nach fünfwöchentlicher Dauer zur Behandlung kam, 2 nach 3 Wochen, 4 nach 2 Wochen, 5 nach 1 Woche und 6 während der ersten Woche. Unter den letzten war ein Fall, der erst 3 Tage dauerte. Es waren meist Kranke, die das erste Mal der Infection anheimgefallen sind und in fast allen Fällen (ausgenommen 4 Fälle, in welchen der Tripper sich nur zum vorderen Theile beschränkte) verbreitete sich die Erkrankung auf die ganze Harnröhre.

Die Wirkung der Behandlung war folgende: Die Gonococcen verschwanden nicht in allen Fällen; in der Hälfte der Fälle recidivirten sie ungeachtet der häufig wiederholten Irrigationen und in der anderen Hälfte der Fälle wurden sie vernichtet; bei 5 Kranken ziemlich schnell, denn schon nach 5, 6, 7, 11, 12 Tagen, ohne wieder zu erscheinen, bei Anderen wurden sie nach wenigen Irrigationen nicht mehr gesehen, um bald wieder aufzutreten und erst nach längerer Zeit (bis 50 Tage) angewendeter Behandlung auf immer zu verschwinden.

Der Ausfluss verwandelte sich in den meisten Fällen schon nach einigen Tagen vom rein eiterigen in einen schleimig-eiterigen, der aber ungeachtet des Verschwindens der Gonococcen sehr lange Zeit anhielt und durch die folgenden Irrigationen nicht beeinflusst wurde. In diesen Fällen konnten erst Irrigationen von Arg. nitr. 1 : 4000—2000—1000 nach der Ultzmann'schen Methode angewendet, den Ausfluss gänzlich beseitigen.

Zur vollkommenen Heilung brauchten wir wenigstens 16 Tage, längstens 70, durchschnittlich 33 Tage.

Von Complicationen hatten wir zweimal mit Epididymitis zu thun; in einem Falle hatte sich der Kranke schon mit dieser Complication ins Spital gemeldet und erst als der Schmerz nachgelassen hatte, wurden die Irrigationen angewendet, im zweiten Falle trat die Nebenhodenentzündung erst am 20. Tage der Behandlung auf, die auch unterbrochen wurde, indem die Complication sich verschlimmerte.

Die Behandlung wurde von den Kranken gut vertragen, denn unter den 18 trat ungeachtet der acuten Entzündung nur bei einem nach 3 Irrigationen eine Exacerbation der Symptome und bei einem anderen nach der ersten Irrigation ein Oedem des Präputiums mit Phimose auf. Es kamen auch sonst manchmal Anschwellungen der Eichel oder der Vorhaut vor, doch dauerten sie so kurz, dass sie schon bei der nächsten Irrigation kaum sichtbar waren. Es muss jedoch bemerkt werden, dass sich die Kranken, auch ohne objective Reizerscheinungen während der Irrigation zu zeigen, oft auf ein Brennen und Schmerz in der Harnröhrenmündung oder am Perineum beklagten und dass nach den ersten Irrigationen immer ein Harndrang bestand, der mehrere Stunden dauerte.

b) Neue Methode. Nach der später (1893) von Janet angegebenen Methode wurden nur 5 Fälle acuter Gonorrhoë von der Dauer von 1—6 Wochen behandelt, in denen allen die Erkrankung sich auf die ganze Länge der Harnröhre erstreckte.

Von diesen wurden nur 2 Fälle geheilt, in welchen die Gonococcen schon nach 4 Tagen verschwanden, in den drei anderen verschwanden sie zwar nach wenigen Tagen, erschienen aber in kurzer Zeit wieder im Ausfluss. In den geheilten Fällen dauerte die Behandlung 10 Tage, der Ausfluss wurde in kurzer Zeit schleimig, ohne jedoch durch längere Zeit zu verschwinden, es waren aber in ihm keine Gonococcen mehr aufzuweisen. In einem der ungeheilten Fälle trat nach Beendigung der Irrigationen eine Nebenhodenentzündung auf, im zweiten bestand schon diese vor der Behandlung, im dritten Falle waren die Entzündungserscheinungen sehr acut; die Behandlung hatte zwar den Ausfluss in allen diesen Fällen vermindert, doch waren in ihm die Gonococcen immer nachweisbar.

2. Subacute Gonorrhoe.

Diese Gruppe enthält die Erkrankungen, deren acute Erscheinungen entweder noch nicht aufgetreten oder schon vorüber waren. Der Ausfluss war meist spärlich, schleimig-eitrig, die Harnröhrenmündung schwach oder gar nicht geröthet und das Uriniren ganz oder fast ganz schmerzlos. In diesem Krankheitsstadium wurden die Irrigationen Anfangs zweimal täglich (8 Uhr Morgens und 8 Uhr Abends) mit einer Lösung von 1 : 4000 oder öfter 1 : 2000 gemacht, indem der vordere und der hintere Theil auf bekannte Weise ausgespült wurde. Nachdem der Ausfluss schleimig wurde und die Gonococcen verschwanden, machte man die Ausspülungen nur einmal im Tage mit einer Lösung von 1 : 2000 oder 1 : 1000.

Wie in der vorhergehenden Gruppe wurde auch hier bei einem Theile der Kranken die alte Methode, bei Anderen wieder die neue in Anwendung gebracht.

a) Aeltere Methode. Auf 28 Fälle der subacuten Gonorrhoe überhaupt wurden nur 10 mit dieser Methode behandelt. Sie dauerten wenigstens eine Woche und solche Fälle gab es 3, von der Dauer von 4—5 Wochen waren 5 Fälle und in 2 Fällen dauerte der Tripper ca. 3 Monate. Nur 2 Kranke hatten schon vorher den Tripper gehabt, sonst waren es erste Erkrankungen. Bei allen war die ganze Harnröhre afficirt.

Ebenso wie in der ersten Gruppe haben wir auch hier nur in der Hälfte der Fälle gänzliche Genesung zu verzeichnen. In der anderen Hälfte bestand immer der schleimig-eitrige Ausfluss ungeachtet der durch 10—14 Tage zweimal täglich gemachten Irrigationen und man konnte in ihm auch die Gonococcen nachweisen, so dass die Kranken zuletzt durch die fruchtlose Behandlung abgeschreckt, ungeheilt auf eigenen Wunsch das Hospital verliessen. Von Complicationen haben wir zu verzeichnen: in 1 Falle eine Cystitis subacuta, nach deren Beseitigung erst wieder die Irrigationen vorgenommen wurden; doch kehrte die Krankheit nach einigen Tagen wieder zurück; im zweiten Falle eine Epididymitis, bei der keine Verschlimmerung entstand, obwohl die Irrigationen sogleich nach dem Ausbleiben der Schmerzhaftigkeit des Nebenhodens angefangen wurden.

In den geheilten Fällen verschwanden die Gonococcen schnell: in 3 Fällen nach 5 Tagen, in einem nach 14, im letzten nach 10 Tagen, doch erschienen sie da nach kurzer Unterbrechung der Irrigation, und erst neuerdings vorgenommene Irrigationen konnten sie nach weiteren 10 Tagen vollkommen vertilgen. Bei diesem Kranken bestand Anfangs die Gonorrhoe nur in dem vorderen Theile der Harnröhre und erst nach der erwähnten Unterbrechung zeigte sie sich auch in der hinteren Harnröhre, was eben der Grund der Recidive sein musste, denn Anfangs behandelte man nur den vorderen Abschnitt der Urethra.

Der Ausfluss wurde schon gewöhnlich nach 5 Tagen schleimig, er bestand aber — ebenso wie bei den acuten Formen — ziemlich lange.

Am kürzesten dauerte die Behandlung 11 Tage, am längsten 30 und durchschnittlich 17 Tage; wir betrachteten aber in dieser Gruppe, wie auch in der vorigen die Krankheit erst dann als geheilt, wenn der Tripperausfluss fast ganz ausblieb und im Harn kaum ein Wölkchen sichtbar war, dieses hielt aber oft so lange an, dass Kranke sich noch nach zwei Wochen damit in's Spital meldeten.

Von Complicationen hatten wir zweimal eine Epididymitis zu beobachten gehabt; während dem hatte man die Irrigationen eingestellt und sobald die Schmerzhaftigkeit nachgelassen hat, wieder aufgenommen, ohne eine Verschlimmerung der Nebenhodenentzündung zu bemerken. Bei einem Kranken kam zweimal nach den Ausspülungen eine Reizung der Harnblase vor, die aber so kurz dauerte, dass die Behandlung nicht unterbrochen wurde.

b) Neue Methode. Diese wurde in 18 subacuten Gonorrhoen angewendet, von welchen 9 das erste Mal auftraten und alle mit Ausnahme einer sich auf die ganze Länge der Harnröhre erstreckten.

Die Gonorrhoe dauerte in 6 Fällen ca. 2 Monate, in 3 ca. 3 Monate und in 3 länger als 3 Monate. In den übrigen Fällen (6) dauerte die Krankheit 1–3 Wochen.

Die Erfolge der Behandlung waren in dieser Gruppe anders, wie in den vorherigen, von 18 Fällen wurden nur 3 als ungeheilt entlassen. Diese Fälle waren Gonorrhoen ohne

Complicationen, die das erste Mal auftraten und vor der Behandlung 1—3 Wochen dauerten. In zweien dieser Fälle verschwanden die Gonococcen ungeachtet der durch 10 Tage gemachten Irrigationen nicht; die Anfangs mehr eitrige Secretion wurde nach und nach schleimig, ohne jedoch bis zum letzten Momente ganz aufzuhören; im dritten Falle war der Nachweis der Gonococcen schon am 4. Tage nicht mehr möglich, doch als man die Behandlung nach 8 Tagen, d. i. 11 Irrigationen beendigte, erschienen sie am 4. Tage wieder.

Es wurden also unter 18 Fällen dieses Stadiums 15 geheilt. Schon am zweiten oder dritten Tage war der Nachweis der Gonococcen nicht möglich, es gab aber auch Fälle, wo die Gonococcen erst am fünften Tage verschwanden und bei zwei Kranken einige Tage nach Beendigung der Irrigationen wieder auftauchten, so dass die Behandlung auf's Neue unternommen werden musste und nach 4—5 Tagen die Gonococcen nicht mehr zu sehen waren.

In einem dieser Fälle trat eine Nebenhodenentzündung auf, die insofern auffallend war, weil sie erst am vierten Tage nach den Irrigationen entstand, aber schon nach einer Woche verschwand ohne wiederzukehren, trotzdem die Behandlung wieder aufgenommen wurde. Mit Epididymitis meldeten sich 5 Kranke, bei denen nach dem Aufhören der Entzündungserscheinungen die angewendeten Irrigationen keine Verschlimmerung hervorriefen. Nur in einem Falle wurde die Behandlung vorzeitig vorgenommen, während noch eine unbedeutendeSchmerzhaftigkeit des Nebenhodens anhielt und in dem Falle kehrte der Schmerz und die Schwellung des Nebenhodens zurück. Erst nach dem Verschwinden dieser Erscheinungen konnte der Tripper ganz geheilt werden, ohne weitere Complicationen hervorzurufen.

Von anderen Complicationen haben wir 2 Fälle von Reizung der Harnblase zu verzeichnen, welche einige Stunden anhielt. Die folgenden Irrigationen aber verschärften die Erscheinungen nicht, so dass es zu keinen schwereren Symptomen kam und die alten schnell verschwanden.

In der Mehrzahl der Fälle dauerte die Behandlung acht Tage, in einigen machten wir die Irrigationen durch 10 bis

12 Tage und in 2 Fällen mussten wir die doppelte Zahl der Ausspülungen anwenden.

Bei den vorher geschilderten Fällen habe ich öfters erwähnt, dass der Ausfluss am Schluss der Behandlung nicht vollkommen verschwand, sondern dass man sehr oft einen Tropfen Schleim aus der Harnröhre ausdrücken konnte und im Urin sich ein Schleimwölkchen befand. In mehreren dieser Fälle hatte ich die Gelegenheit, den weiteren Verlauf nach den Irrigationen zu beobachten und ich sah, dass diese Erscheinungen oft noch 2—3 Wochen anhielten, trotzdem mir der Nachweis der Gonococcen weder im Ausfluss noch in einem Tripperfaden niemals gelungen ist. Ich muss jedoch bemerken, dass dies Fälle waren, wo die Krankheit gewöhnlich schon längere Zeit, d. i. 1—4 Monate dauerte. Es wurden da keine Mittel angewendet, um den noch vorkommenden Ausfluss zu beseitigen.

3. Chronische Gonorrhoe.

In diese Gruppe reihte ich diese Fälle ein, wo keine Entzündungserscheinungen bestanden, der Ausfluss aus der Harnröhre nur sehr gering war, meist nur Morgens, schleimig, manchmal mit wenig Eiter gemischt, die Untersuchung auf Gonococcen aber immer positive Resultate ergab. Sie dauerten wenigstens ein Jahr, manche noch mehr, sogar bis 10 Jahre.

Bei chronischer Gonorrhoe hielten wir uns natürlich nicht an eine der beiden Methoden, sondern wir unternahmen gewöhnlich anfangs täglich 2 Irrigationen mit Kali hypermang. 1 : 2000, später nur eine mit derselben Lösung oder 1 : 1000. Deshalb theile ich auch die Fälle nicht in 2 Gruppen ein.

Alle behandelten Fälle der chronischen Gonorrhoe, und es waren 9, beziehen sich sowohl auf die vordere wie auf die hintere Harnröhre, weshalb auch beide Abschnitte der Urethra der Behandlung unterworfen wurden. Mit gutem Erfolge wurden nur 4 Kranke behandelt, von denen die Gonococcen bei zwei Kranken nach 7—10 Tagen, bei 2 anderen erst nach einem Monat verschwanden. In einem der ersten Fälle erschienen sie nach mehrtägiger Unterbrechung der Cur und verschwanden erst wieder, nachdem die Behandlung erneuert wurde, nach 7 Tagen. Nur in einem Falle, der sich seit einem Jahre da-

tirte und der eine leichte Exacerbation mit complicirender Epididymitis aufwies, konnten wir die Gonorrhoe, nachdem die Nebenhodenentzündung beseitigt wurde, in 14 Tagen durch angewendete Irrigationen heilen, in den anderen 3 Erkrankungen dauerte die Behandlung 1—2 Monate. Es muss aber bemerkt werden, dass in einem Falle gleichzeitig schwere Metallsonden angewendet werden mussten, die während eines Monats jeden zweiten Tag eingeführt wurden.

In den ungeheilten Fällen blieben die Irrigationen, die durch 2—3 Wochen zweimal täglich unternommen wurden, ganz ohne Erfolg, was ich den gleichzeitigen Complicationen zuschreiben muss. So erlitt in einem Falle eine chronische Prostatitis nach 10 Tage lang zweimal täglich wiederholten Ausspülungen der Urethra eine Exacerbation und obwohl die Irrigationen nach mehrtägiger Unterbrechung wieder vorgenommen wurden, kam es nicht zur Heilung. Bei einem anderen Kranken, der sich mit einer Exacerbation vorwiegend in der hinteren Harnröhre meldete, entstand schon nach der vierten Irrigation mit einer Lösung 1 : 2000 eine so hochgradige Cystitis, dass sie die weitere Behandlung unmöglich machte. Im dritten der ungeheilten Fälle bestand eine chronische Prostatitis und die 2 letzten waren, obwohl seit einigen Wochen exacerbirt, doch dauerten sie seit 7 und 10 Jahren. In einem dieser beiden Fälle war auch die Anwendung schwerer Metallsonden neben den Irrigationen Janet's ohne Erfolg und nur die nach der Methode von Ultzmann angewendeten Irrigationen konnten endlich hier wie auch in allen anderen ungeheilten Fällen die Krankheit definitiv beseitigen.

Aus den angegebenen Ergebnissen kann sich jeder die Ansicht über den Heilwerth dieser Methode machen; bevor ich jedoch auf Grund derselben meine eigene Meinung ausspreche, will ich noch eine Reihe Autoren, wie auch die von ihnen erzielten Erfolge der Behandlung des Trippers nach Janet's Methode citiren.

Da die letzteren jedoch nicht bei allen Autoren gleich sind, will ich zuerst diejenigen angeben, deren Erfolge gut waren: so tritt Audry in seinem Handbuche, wie auch in

einem später gedruckten Aufsatze [1]), als heisser Anhänger dieser Methode, die ihm 95% Heilungen meist bei subacutem Tripper brachte, auf. Aehnliche Resultate, denn 90%, erzielte Eckelund [2]) und empfiehlt dieses Heilverfahren für alle Stadien der Gonorrhoe ausser dem peracuten, dabei betont er die Ungefährlichkeit seiner Anwendung, die keine Complicationen hervorruft. Für sehr gut betrachtet sie auch Goldberg, [3]) der sich in der Behandlung von 70 Tripperfällen überzeugte, dass man mindestens 10 Irrigationen machen soll, aber öfters auch noch mehr und dass die Gonococcen in der Hälfte der Fälle erst nach 1—2 Wochen verschwinden. Routier [4]) behandelte nur 22 Erkrankungen in verschiedenen Stadien, doch genügte ihm diese Zahl zum Gewinnen der Ueberzeugung, dass die Methode Janet's empfehlenswerth ist, denn er notirte nur einen ungeheilten Fall. In den anderen war nach 5—17 Irrigationen complete Heilung eingetreten. Befriedigt mit dieser Methode, obwohl nicht in so hohem Masse, wie die vorgenannten Autoren waren auch Strauss [5]) und Casper. [6]) Einen heissen Anhänger fand die Methode Janet's in Borzęcki, [7]) der den Tripper aller Stadien ausser dem acuten in 70% der Fälle in 9 Tagen, nach 12 Irrigationen heilt, ohne — nach seinen Angaben — Complicationen oder Nachkrankheiten hervorzurufen.

Nicht so glänzende Erfolge, denn 64% Heilungen erhielt Möller [8]), der diese Methode hauptsächlich bei subacuten und chronischen Formen der Gonorrhoe empfiehlt. Aehnlicher Ansicht ist auch Mantegazza, [9]) welcher dieser Methode eine abortive und dem übermangansaurem Kali eine antiparasitäre Wirkung abstreitet, worin ihm Gyon und Finger beistimmen. Seiner Ansicht nach wirkt Kali hypermang. nur chemisch durch

[1]) Mercredi médical 1893.
[2]) Archiv f. Dermat. u. Syph. XXX, 3.
[3]) Centrlbltt. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. VII, 3, 4.
[4]) La médicine moderne 1894, Nov.
[5]) Allgem. med. Centralzeitg. 1895, Nr. 52.
[6]) Deutsche med. Zeitg. 1897, 2.
[7]) Przeglad lekarski. 1896, 33, 34.
[8]) Archiv f. Derm. u. Syph. XXXV, 1.
[9]) Giorn. ital. a. mal. ven. e della pelle. 1995, 1.

Abgabe von Sauerstoff an die Gewebe. Guiard[1]) bemerkt, dass nach den Irrigationen oft secundäre Infectionen bleiben, wenn auch keine Gonococcen mehr nachweisbar sind. Auf dem dermatologischen Congress in Lübeck spricht Frank aus Berlin zwar für die Methode Janet's, doch bemerkt er, dass die Heilung nur in günstigen Fällen nach 12—14 Tagen eintritt, öfter aber erst nach 3—4 Wochen, er empfiehlt die Irrigationen auch speciell in der Behandlung der chronischen. complicirten Tripperérkrankungen. Ebenso reservirt ist der Lob dieser Methode seitens Hogge,[2]) der zwar in 34 Fällen acuter Gonorrhoe 31 Heilungen zu verzeichnen hatte, die Behandlung dauerte aber nur in 13 Fällen kürzer als 3 Wochen.

Es gibt aber auch Andere, welche negative Resultate in der Anwendung dieser Methode hatten, oder wenigstens nicht so gute wie Janet und die vorhergenannten Autoren. M. Fürst[3]) erhielt auf 33 Fälle in kaum 15 Heilungen und auch diese in nicht sehr kurzer Zeit, denn in 11—34 Tagen, auch sah er dabei Complicationen auftreten; er kommt also zum Schlusse, dass Janet's Methode eine seröse Reaction hervorrufe, dass die Gonococcen manchmal in kurzer Zeit verschwinden, dass die Behandlung in vielen Fällen erfolglos bleibe und dass sie neben der Schmerzhaftigkeit auch Complicationen hervorrufe. Auch Wossidlo[4]) hat nur in der Hälfte der behandelten Fälle Heilung erlangt und er äussert sich auch über die Methode ohne Begeisterung, indem er behauptet, dass sie nicht höher als die anderen bekannten Verfahren stehe. Eine bessere Meinung hat er von der neueren Methode Janet's. Noch schlechtere Erfolge hatte in 21 Fällen Bukowsky[5]) in der Klinik des Prof. Janowsky zu Prag, deshalb gibt er auch weder das schnelle Verschwinden der Gonococcen noch die seröse Reaction zu.

Zuletzt erlaube ich mir die Ansichten Janet's und Anderer zu erwähnen, die in der Sitzung der Société de derma-

---

[1]) Journal d. mal. cut. et syph. 1893.
[2]) Annal. d. l. Soc. méd. chir. de Liège. 1894.
[3]) Deutsche med. Wochenschrift. 1894, pag. 36.
[4]) Centrlbltt. f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. Bd. III, H. 2.
[5]) Wiener med. Wochschrft. 1896, Nr. 27.

tologie et de syphiligraphie in Paris ausgesprochen wurden. Vor allem sieht Janet seine Methode nicht mehr für ein Abortiv-, sondern nur für ein schnelles und gutes Heilverfahren an, wenn aber — bemerkt er — durch unrichtiges Ausführen der Vorschriften die Heilung nicht in 8—12 Tagen eintritt (was selten vorkommt), so beeinflusst die Methode die Gonococcen wenigstens in der Weise, dass sie schon keine Krankheitserscheinungen mehr hervorrufen. In der ganzen Vorlesung legt der Verf. sehr viel Gewicht auf die Ausführung der Methode ebenso seitens des Arztes, wie des Kranken. Wigneron hebt in der Discussion hervor, dass sehr frische Fälle (in der Dauer von ca. 36 Stunden) leicht in 6—10 Tagen heilen, dagegen erfordern länger dauernde Tripper 15—30 Tage zur Vernichtung der Gonococcen. Oft bleibt jedoch noch ein schleimig-eiteriger Ausfluss weiter bestehen. Guiard wendet viel schwächere Lösungen an, doch empfiehlt er bestens das übermangansaure Kalium an, welches die anderen von ihm benützten Mittel (Calc. permang., Kal. bichrom., Sublimat) übertreffen soll. Nogues dagegen schreibt seine schlechten Erfolge (auf 18 Fälle nur 7 Heilungen nach 12—23 Irrigationen von Kal. hypermang.) nur der ausschliesslichen Anwendung des Kal. hypermang. zu. Eraud äussert sich über die Methode nicht sehr schmeichelhaft, indem er ihr nur lindernde Wirkung zuschreibt, weshalb er für die alte classische Behandlungsweise spricht. Desnos heilte auf 18 Trippererkrankungen im ersten oder zweiten Tage der Entwicklung 17 vermittels Ausspülungen der vorderen Harnröhre allein mit einer Spritze, ohne die Mündung zu versperren.

Endlich muss ich noch die Arbeit Werner's[1]) erwähnen, in welcher er von sehr guten Erfolgen berichtet, die er in 82 Fällen (nur 10 blieben ungeheilt) mit Janet's Irrigationen erzielte, in denen er aber 1—2%ige Ichthyollösungen verwendete. Er stützt darauf die Ueberzeugung, dass in dieser Methode hauptsächlich die mechanische Thätigkeit der Flüssigkeit wirke, obwohl auch die Wahl des Medicamentes nicht ganz gleichgiltig sei, denn er selbst benutzte 1%ige Resorcinlösungen erfolglos.

[1]) Monatschr. f. prakt. Dermat. Bd. XXIII, H. 3.

Um positive Schlüsse aus all dem Zusammengestellten zu ziehen, muss ich zu meiner vorherigen Eintheilung der Methode Janet's auf die alte und die neue zurückkehren, nach der ich meine Fälle ordnete.

Bevor ich aber die beiden technisch von einander verschiedenen Methoden vergleiche, muss ich noch bemerken, dass man in acuten Erkrankungen die symptomatische Behandlung nicht ganz ausser Acht lassen kann, denn, obwohl man in Fällen mit mässigen Entzündungserscheinungen oft gleich anfangs die Behandlung beginnen kann, so ist dieselbe für Fälle mit sehr acuten Symptomen oder Complicationen wie z. B. Cystitis u. dgl. so lange contraindicirt, bis die letzteren nicht beseitigt sind. Meine Beobachtungen fallen mit denen aller anderen Autoren zusammen, dass solche Fälle mit keiner der von Janet angegebenen Methoden behandelt werden sollen, denn in 23 acuten Tripperkrankungen habe ich nur 11 Heilungen erzielt, wogegen die Behandlung auf 28 subacute Fälle 20mal mit erwünschtem Erfolge durchgeführt wurde.

Ich muss jedoch zugeben, dass die Methode von Janet den Vortheil bietet, dass Complicationen nur selten vorkommen. In meinen 60 Fällen verschiedener Stadien trat nur zweimal Epydidimitis auf, einmal bei bestehender Prostatitis eine Steigerung der Symptome und endlich kam einigemal Irritation der Harnblase vor. Ich kann auf Grund meiner Beobachtungen mit Sicherheit behaupten, dass die hervorgerufenen — wenn auch seltenen — Complicationen eine absolute Contraindication für die Fortsetzung der Behandlung mittels der Janet'schen Methode bilden, wogegen ich die Erfahrung gemacht habe, dass bei bestehender chronischer Prostatitis Irrigationen mit Ultzmann's Catheter viel bessere Erfolge erzielen lassen.

Anderen Complicationen habe ich in unseren Fällen nicht begegnet, von Rupturen der Harnröhre, Haemorrhagien oder periurethralen Abscessen war nie die Rede. Eines nur ist beachtenswerth, d. i. die Irritation der Schleimhaut der Urethra, die von der Ausführung der Methode abhängt. Oft beobachtet man in acuten Fällen eine Schwellung der Harnröhrenmündung und Schmerz beim Uriniren, hauptsächlich kurz nach der Irrigation. Diese Erscheinungen sind aber von sehr kurzer

Dauer, so dass sie nicht einmal bis zur nächsten Irrigation anhalten. Die Ausspülung selbst rief gewöhnlich mässiges Brennen, manchmal sogar Schmerz hervor, speciell wenn wir uns bemühten, schon bei der ersten Irrigation die Flüssigkeit in die Blase einzuführen. Dies war aber auch vorübergehend.

Wenn wir die Wirkung des auf diese Weise benützten übermangansauren Kaliums in Anbetracht nehmen, müssen wir zugeben, dass sie ganz genügend ist, denn das Mittel besitzt antiseptische Eigenschaften und wirkt in Form der Janet'schen Irrigation auf die ganze Länge der Harnröhre. Auch ist die Technik der Methode dahin gerichtet, dass die Flüssigkeit das Lumen der Harnröhre ad maximum erweitere und in jede Falte derselben dringe, wodurch sich ihre Wirkung nicht nur auf die Oberfläche beschränkt, sondern auch tiefere Schleimhautschichten anzugreifen ermöglicht. Ich kann aber der Ansicht Janet's nicht beistimmen, dass das Kali hypermanganicum ein specifisches gonococcentödtendes Mittel sei, denn sie müssten in diesem Falle sehr schnell und ebenso gut in acuten wie subacuten Erkrankungen verschwinden, was aber weder die vorhererwähnten Fälle, noch die Erfahrungen Anderer bestätigen. Oft verschwinden die Gonococcen erst nach mehreren Wochen, oder man kann sie eine Zeit lang nicht nachweisen und dennoch kehren sie wieder zurück.

Um den Werth der älteren Methode Janet's mit dem der neueren zu vergleichen, gebe ich die Erfolge der Behandlung in acuten und subacuten Fällen an. Die ursprüngliche Methode gab uns in beiden Stadien 50% Heilungen und die modificirte bei acuten Erkrankungen 40% und bei subacuten 15mal auf 18 d. i. 83%. Wenn wir noch hinzufügen, dass die Behandlung mit der alten Methode länger dauert nnd die Zahl der Irrigationen grösser ist, wird jeder wohl die Ueberlegenheit der neueren Modification über der ursprünglichen Behandlungsweise einsehen.

Die Zusammenstellung der Ergebnisse dieser Behandlung gibt uns im allgemeinen auf 60 Erkrankungen verschiedener Stadien 35 Heilungen d. i. 58·3%. Die Dauer der Behandlung beträgt nach der alten Methode im acuten Stadium durchschnittlich 33 Tage, im subacuten 17, nach der neuen in beiden

Stadien 10 Tage. Auf Grund dessen kann ich die Methode nur empfehlen. Ich muss aber noch bemerken, dass wir acute Erkrankungen in Behandlung nahmen, nur um uns zu überzeugen, ob die Methode für dieselben entsprechend ist. Demnach behandelten wir anfangs alle Tripperkrankungen ohne Unterschied, sogar solche, von denen wir voraussehen konnten, dass für sie diese Methode nicht entsprechend sei. Wir thaten es aber, um eigene Erfahrungen darüber zu besitzen, welches Stadium die besten Erfolge aufweist.

Aus der obigen Zusammenstellung ersieht man nun, dass Janet's Irrigationen im subacuten Stadium am besten wirken, was auch andere Autoren behaupten. Deshalb empfiehlt Janet selbst, wie Andere und auch ich in der Privatpraxis, die Anwendung dieser Methode in Erkrankungen, die erst 1—2 Tage dauern und in denen es noch nicht zur Entwicklung acuter Symptome kam.

Wie jede Heilmethode, so hat auch die Janet'sche ihre Schattenseite. Wir ersehen aus dem Vorhergesagten, dass sie nur in gewissen Formen der Gonorrhoë und ohne Complicationen ihre Anwendung finden soll; sie wird auch die älteren üblichen Methoden und Medicamente nicht verdrängen, die in anderen Formen angewendet werden müssen. Auch erfordert die Methode Janet's nicht nur grosse Genauigkeit in der Anwendung der Concentration der Lösung und der Zeit der Irrigationen, aber sogar eine Art Aufopferung seitens des Arztes, so dass derselbe bei mässiger Nachlässigkeit des Kranken — und diese zeigt sich oft schon nach den ersten Irrigationen — leicht entmuthigt werden kann. Deshalb ist es leichter, gute Erfolge in der Spitalpraxis zu erzielen, als in der Privatbehandlung.

Zuletzt will ich noch an dieser Stelle der angenehmen Pflicht nachkommen, indem ich meinem Chef, dem Professor Dr. Zarewicz, meinen besten Dank für das mir übergebene Kranken-Material und für die mir gegebenen praktischen Rathschläge ausspreche.

Aus der k. k. dermatolog. Universitätsklinik des Prof. F. J. Pick in Prag.

Ueber die therapeutische Verwendung des Tuberculin-R.

Von

Dr. med. **Adam Scheuber,**
II. Assistent der Klinik.

(Hierzu Tabellen I—IV.)

Obgleich erst wenige Monate vergangen sind, seit Koch[1]) mit seiner Publication über das nach jahrelangem Forschen gewonnene Tuberculin-R an die Oeffentlichkeit trat, ist doch schon bereits eine stattliche Anzahl von vorläufigen Besprechungen und abgeschlossenen Untersuchungen über die Wirkung dieses neuen Mittels erschienen. Der grösste Theil dieser Schriften und Abhandlungen[2]) bezieht sich jedoch nur auf die Beeinflussung von internen tuberculösen Leiden — die Wirkung dieses Mittels auf lupöse, scrophulöse und tuberculöse Hauterkrankungen ist nur von sehr wenigen Forschern untersucht und berücksichtigt worden. Beiträge zu diesem Capitel der Tuberculin-R-Wirkung zu liefern, soll die Aufgabe nachfolgender Zeilen sein. Meinem hochverehrten Lehrer und Chef Herrn Prof. Dr. F. J. Pick spreche ich für die Ueberlassung des Materiales, wie auch für die thätige Unterstützung, die er mir bei den Untersuchungen und bei der Beurtheilung der Endresultate hat angedeihen lassen, meinen verbindlichsten Dank aus.

Die Injectionen wurden am 10. April 1897 begonnen und am 26. August beendet; im Ganzen wurden 32 Fälle (18 Weiber

[1]) Koch, R. Ueber neue Tuberculinpräparate Deutsche medicinische Wochenschrift 1897. Nr. 14.

[2]) Ein Verzeichniss derselben befindet sich am Schlusse dieser Arbeit.

und 14 Männer) der Injectionstherapie unterworfen. Bei dem grössten Theile wurde die Behandlung klinisch, nur bei zwei Weibern und einem Manne aus socialen Gründen ambulatorisch durchgeführt.

Die zur Versuchsreihe bestimmten Patientinen und Patienten genügten, was das Allgemeinbefinden anbetraf, vollständig den Anforderungen, die Koch bei der Veröffentlichung seiner Mittheilungen als Richtschnur aufstellte, keine zu sehr vorgeschrittene, dem Patienten nur noch wenige Monate Lebensfrist gestattende Tuberculose, keine bedrohliche Erscheinungen veranlassende Streptococceninfection, dementsprechend keine Temperatursteigerungen über 38° C. vor Beginn der Injectionstherapie. In Betreff näherer Angaben verweise ich auf die nachfolgenden Krankheitsgeschichten, in denen alle Fragen die sich auf hereditäre Belastung, Körperconstitution und Gewicht, wie auch auf frühere sociale Verhältnisse beziehen, nach Möglichkeit Berücksichtigung fanden.

Injicirt wurde stets zwischen 9 und 10 Uhr Vormittags. Dass die Injectionen unter der Beobachtung aller aseptischen und antiseptischen Cautelen ausgeführt wurden, bedarf, zumal da dieselben von Prof. Pick persönlich applicirt wurden, keiner weiteren Erörterung. Dessenungeachtet traten an den Injectionsstellen nur zu häufig Röthungen, schmerzhafte Anschwellungen und erhebliche Infiltrationen auf; Abscessbildungen wurden nie beobachtet. Diese Reactionserscheinungen müssen, da die Application lege artis ausgeführt wurde und die zur Injection gelangenden Fläschchen stets vordem auf ihre bakteriologische Reinheit geprüft worden waren, auf das Mittel als solches zurückgeführt werden; in wie weit enventuell gestörte Resorptionsverhältnisse vorlagen oder vorliegen könnten, entzieht sich jedoch vollkommen meiner Beurtheilung.

Die Untersuchung der Tuberculinflüssigkeit auf Tuberkelbacillen ergab sowohl in mikroskopischer, als auch bakteriologischer Hinsicht stets das erwartete negative Resultat. Die Prüfung auf andersartige Mikroorganismen fiel leider nicht so befriedigend aus. Durch Erfahrungen belehrt, richteten wir im Anfange unser Augenmerk besonders auf die bisweilen in den Fläschchen vorhandenen, zusammengeballten Patzen, die, wie die

mikroskopische Betrachtung ergab, aus wohlgeordneten Pilzcolonien (Schimmelpilzen) bestanden, die auf Nährgelatine gebracht, ihre ungeschwächte Lebensfähigkeit durch üppiges Wachsthum bewiesen. Diesem Uebelstande, dem wir namentlich im Beginne der Injectionen begegneten und der uns zwang, so manches Fläschchen dieser kostbaren Flüssigkeit als unbrauchbar bei Seite zu stellen, wurde jedoch später auf unseren Vorschlag hin durch eine vortheilhaftere Verpäckung von Seite der Fabrik, indem an die Stelle des nur zu häufig von Flüssigkeit durchtränkten Korkstöpsels ein Glasverschluss trat, dauernd abgeholfen. Pneumoniebacillen, wie sie in Warschau[1]) gefunden wurden, haben wir nie nachweisen können, dagegen fanden wir mitunter Staphylococcen.

Während der Injectionstherapie hob sich das Körpergewicht und der Allgemeinzustand der Behandelten; bei der Beurtheilung dieser Beobachtung dürfen wir jedoch nicht ausser Acht lassen, dass Ruhe, geordnete Pflege und kräftige Ernährung Factoren bilden, denen wir nur zu häufig bei der Spitalsbehandlung die constitutionelle Besserung eines Kranken verdanken.

Begonnen wurde anfänglich mit der von Koch angegebenen Minimaldosis nämlich mit 0·000002 Gr.; die Verdünnungen wurden unmittelbar vor den Injectionen mit physiologischer Kochsalzlösung hergestellt. Gestiegen wurde anfänglich meist jeden zweiten, respective dritten Tag; da aber in der Folgezeit durch die jeweiligen Erscheinungen individuelle Abänderungen in Betreff der Dosirung sich ergaben, kann ich behufs näherer Angaben nur auf die beiliegenden Temperaturtabellen verweisen, auf denen man die Reihenfolge und Grösse der Gaben aufgezeichnet findet.

Bei der Betrachtung dieser Tabellen, auf denen die Morgentemperaturen um 8 Uhr und die jeweilige höchsterreichte Steigerung der Körperwärme, wie auch die Stunde des Eintrittes derselben eingetragen wurden, kann man leicht ersehen dass Dosen unter 0.0001 Tuberculin-R anstandlos vertragen wurden. Für die bei Injection unter dieser Dose auftretenden

---

[1]) Therapeutische Wochenschrift 1897.

Temperatursteigerungen liess sich meist eine intercurrente Erkrankung, eine Störung der Magendarmfunction, Aufbruch eines Abscesses oder ein ähnliches mit den Injectionen in keinem ursächlichen Zusammenhange stehendes Leiden eruiren. Sobald aber diese Grenze überschritten wurde, gestalteten sich die Verhältnisse wesentlich anders; trotz der langsamsten Steigerung, selbst bei mehrmaliger Wiederholung derselben Dosis, liessen sich bisweilen überraschende Temperaturschwankungen nicht vermeiden, die, da keine andere Ursache zu eruiren war, nur auf die Injectionen zurückgeführt werden konnten.

Bei den später in Behandlung tretenden Fällen wurde dementsprechend die Anfangsdosis höher festgesetzt und ergab es sich im Verlaufe der Behandlung, dass bei denselben keine grösseren Temperaturschwankungen stattfanden, als bei den mit niedrigen Dosen Begonnenen.

Diesen Temperatursteigerungen parallel ging eine Beschleunigung der Puls- und Athmungsfrequenz. Cyanose wurde nur sehr selten, Schüttelfrost recht häufig beobachtet, in nur vereinzelten Fällen erfolgte der Temperaturabfall kritisch unter Schweissausbruch. Meist sank die Temperatur noch im Laufe der Nacht, um am nächstfolgenden Tage auf der Norm zu verweilen oder noch einmal im Laufe des Tages, wenn auch nur in geringem Grade anzusteigen.

Eine Vermehrung der Leukocyten war nicht nachweisbar, ebenso wurde nie ein Milztumor constatirt, doch trat mitunter transitorische Albuminurie auf.

Da der grösste Theil der zur Behandlung gelangenden Fälle nur sehr geringe, einzelne selbst gar keine Symptome einer Lungenerkrankung aufwiesen, haben wir im Verlaufe der Injectionstherapie nur spärliche Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane zu verzeichnen gehabt.

Auf die Beschleunigung der Athmung, die der Temperatursteigerung proportional ging, ist bereits hingewiesen worden. Schalldifferenzen im Anschlusse an Injectionen wurden nur in den seltensten Fällen beobachtet und waren dann gleichzeitig auch Rasselgeräusche über den Lungen nachweisbar, letztere meist in- und exspiratorisch auftretend, bildeten den häufigsten Befund.

Bedrohliche Erscheinungen von Seiten der Lungen, die uns zwangen, die Injectionstherapie aufzugeben, traten nur zweimal unter all den 32 Fällen auf. (Conf. Fall IX und Fall XXX.) Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass einzelne der Behandelten über Opressionsgefühl auf der Brust klagten, ohne dass bei der genauesten Untersuchung irgend eine Veranlassung eruirt werden konnte. Nasenblutungen wurden nur sehr selten beobachtet.

Erscheinungen von Seiten des Magens und des Darmcanals traten so selten und unregelmässig auf, dass man dieselben höchstens als zufälligen Befund zu registriren hätte.

Viel häufiger beobachteten wir Herpeseruptionen, so Herpes labialis, frontalis und palpebralis zu wiederholten Malen, Herpes zoster intercostalis nur einmal.

Von sonstigen Allgemeinerscheinungen möchte ich noch das Augenmerk auf die Erytheme lenken, die sowohl an circumscripten Stellen, stippchenförmig über den ganzen Körper zerstreut, als auch diffus meist an der vorderen Brust- und Bauchfläche auftraten. Mitunter fand man auch nach jeder neuen Injection Röthung der früheren Injectionsstellen.

Was die Erscheinungen an den tuberculösen Krankheitsherden betrifft, so bestanden dieselben im Anfange der Injectionstherapie grösstentheils nur in Röthungen, die meist schon vor Eintritt der höchsten Temperatursteigerung aufzutreten pflegten.

In der Mehrzahl der Fälle betrafen dieselben nur die erkrankten Partien, mitunter entstanden jedoch auch erythematöse Zonen, die hofartig die einzelnen Krankheitsherde umgaben. Nur selten kam es gleichzeitig mit der Röthung zu einer Anschwellung der Herde, zu einer deutlichen Vermehrung der Infiltration, ebenso wurde eine Secretion an der Oberfläche der Herde nur in vereinzelten Fällen beobachtet.

Im Anschlusse an derartige Röthung kam es mitunter zu einer leichten Abschuppung der Herde. Diese Schuppenbildung war meist recht oberflächlich und erreichte nur in exceptionellen Fällen eine grössere Ausdehnung, indem die Auflagerungen theils dicker und fester wurden, theils auch sich schwerer von ihrer Unterlage ablösen liessen.

Im Laufe der Injectionstherapie bildeten sich die Infiltrate und Knötchen theilweise zurück, ein vollständiges Schwinden derselben trat aber nie ein, es waren stets noch Reste des ursprünglichen Processes vorhanden, die die Stellung der Diagnose Lupus noch ermöglichten. Sehr auffällig war in einer Anzahl von Fällen die beginnende Narbenbildung innerhalb der Erkrankungsherde; es kam zu einem theilweisen Ersatze des entarteten, erkrankten Gewebes, doch war damit auch grösstentheils eine weitere Besserung illusorisch geworden. Es schien, als ob mit dem Augenblicke, wo die theilweise Umwandlung in Narbengewebe vor sich ging, jede weitere günstige Beeinflussung des Processes durch fernere Injectionen aufgehört hätte.

Die Application von localen Mitteln, die irgend wie störend auf den Verlauf des Processes einwirken konnten, wurde natürlich vermieden, nur erwies es sich unter Umständen nothwendig, ein Pflaster (meist wurde ein niedrigprocentiges Salicylpflaster aufgelegt) zur Deckung zu grosser des oberflächlichen Epithels beraubter Stellen zu verwenden, um eine Infection von aussen zu vermeiden; doch kann dasselbe höchstens fördernd, in keinem Falle störend auf den Heilungsprocess eingewirkt haben.

Als Maximaldosis, bis zu der gestiegen werden soll, gibt Koch 20 Mgr. an; bei Erwachsenen haben wir diese Dosis stets zu erreichen gestrebt, bei Kindern wurde jedoch unter Berücksichtigung ihres Alters, ihres Körpergewichtes und mitunter auch veranlasst durch die Allgemeinreactionen bei einer niedrigeren Dosis aufgehört.

Inwieweit die von Koch angegebene Immunisirung erreicht worden ist, dürfte aus der jeder Krankheitsgeschichte beigegebenen Epikrise ersichtlich sein.

Nachdem ich nunmehr in grossen Zügen ein Bild der Tuberculinwirkung, soweit wir sie beobachten konnten, entworfen habe. will ich auf die einzelnen Fälle speciell eingehen.

Fall I. K. A., 17 a. n., ledige Maurerstochter aus Slovec.

Diagnose: Scrophulodermata faciei et extremitatis superioris dextrae. Cicatrices post scrophulodermata colli. Keratitis et Conjunctivitis eczematosa oculi sinistri. Dacryocystitis oculi sinistri perforata.

Anamnese: Bis auf öfters wiederkehrenden Schnupfen und Augenentzündungen früher stets gesund. Vor drei Jahren bildeten sich an der

linken Halsseite, auf der rechten Mamma und der linken Clavicula, Beulen, die nach mehrwöchentlichem Bestande unter Eiterentleerung aufbrachen. Kurze Zeit hernach entstand der Herd am rechten Ellbogen, wie auch die Affection am linken Unterkiefer. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren wurde die rechte Ohrmuschel, zwei Monate darauf die rechte Wange ergriffen. Fünf Wochen vor ihrer Aufnahme entstand eine Anschwellung unterhalb des inneren Augenwinkels links, die nach dreiwöchentlichem Bestande durchbrach. Die Entzündung des linken Auges besteht seit einer Woche. Patientin bewohnte eine feuchte Wohnung, hustet in letzter Zeit, schwitzt bei Nacht, hat noch nicht menstruirt. Ein Bruder der Pat. starb an „Auszehrung", sonst keine hereditäre Belastung.

Befund bei der Aufnahme am 22./III. 1897:

Patientin mittelgross, für ihr Alter schlecht entwickelt, von mässig gutem Ernährungszustande, blasser Gesichtsfarbe. Der Naseneingang mit Krusten bedeckt, Mund- und Rachenschleimhaut normal, Zähne gut, Stimme etwas heiser. Auf der rechten Wange ein von der Nasolabialfurche beginnendes, theilweise auch auf den rechten Nasenflügel und die Oberlippe sich erstreckendes, von dicken, rissigen Krustenauflagerungen bedecktes violettrothes Infiltrat von 5 Cm. Länge, das in einen zum Unterkieferrande hinziehenden lividrothen Narbenstrang sich fortsetzt. Am rechten Unterkieferrande ein mehrere Centimeter breiter, narbig veränderter, violettgefärbter, oberflächlich schuppender Hautstreifen, am Rande desselben vereinzelte, braunrothe Knötchen und borkenbedeckte Substanzverluste; ein ähnlicher Herd über dem rechten Jochbein. Auf der linken Wange eine von der Ohrmuschel beginnende, bis zum Kinn reichende und auf den Hals übergreifende, violettrothe, gestrickte Narbe, die sich bis zum Iugulum verfolgen lässt und an der äusseren Seite des Sternocleidomastoideus ihren Abschluss findet. Die rechte Ohrmuschel narbig verkürzt, am freien Rande, sowie an der hinteren Fläche mit dicken, gelblichen Krusten bedeckt. Die nuchalen Drüsen rechterseits etwa bohnengross. Am rechten Vorderarme die Haut sowohl an der Beuge- als auch an der Streckseite theils narbig verändert, theils violettroth gefärbt und infiltrirt, an den Rändern der infiltrirten Hautpartien vereinzelte, mit dicken Borken bedeckte Substanzverluste. Am Condylus internus derselben Seite ein ähnlicher, unregelmässig begrenzter, ausgebreiteter, mit Krusten bedeckter Herd; bei Ablösung der Krusten treten schwammige Granulationen zu Tage. In der Umgebung dieses die vollständige Extension im Ellbogengelenke hindernden Erkrankungsherdes finden sich kleinere, lividrothe, von Krusten bedeckte Infiltrate. An der Aussenseite des rechten Oberarmes zwei kreuzergrosse, blasse, etwas eingezogene Narben. Die axillaren Lymphdrüsen rechts, gegenüber der linken Seite, vergrössert, nicht schmerzhaft. Lichen scrophulosorum des Stammes.

Ueber der rechten Lunge rechts hinten oben verkürzter Schall und bronchiales Athmen.

Körpergewicht 37 Kilo. Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Decursus:

Die Injectionen wurden am 10. April mit einer Dosis von 0·000002 begonnen und am 20. August mit einer Dosis von 0·015 abgeschlossen. Die Zahl der Injectionen betrug 43.

Die Injectionen bis zu 0·002 wurden ohne allgemeine Reactionserscheinungen vertragen, während im Anschlusse an die späteren höher dosirten Injectionen häufige und hohe Temperatursteigerungen, am 9. August nach einer Dosis von 0·011 sogar bis zu 40·6 eintraten.

Von Seiten der Lungen wurde nur ein einziges Mal spärliche Rasselgeräusche, die bald wieder schwanden, nachgewiesen.

An den Injectionsstellen fast regelmässig Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit. Die ersten Erscheinungen an den Erkrankungsherden bestanden in Röthungen, die 3—4 Stunden nach den Injectionen aufzutreten pflegten, um nach mehrstündigem Bestande zu verschwinden.

Am 26./IV. war bereits eine Abflachung der Gesichtsherde nachweisbar.

Am 12./V. klagte Patientin über starkes Brennen und Spannen in den Wangenherden, dieselben stark geröthet, glänzend, ein fingerbreiter erythematöser Hof umgab die einzelnen Herde.

Am 14./V. konnte man mit Bestimmtheit in der Mitte der rechten Wange zartes Narbengewebe nachweisen, das im Laufe der nächsten Wochen straffer und derber wurde und Patientin an dem Oeffnen des Mundes zu hindern begann. Während im Anfange recht erhebliche Veränderungen an den Scrophulodermen vor sich gingen, blieb der Process von Anfang Juli vollständig stationär, weshalb Ende Juli (29.) zur Operation geschritten wurde.

Der Befund vor derselben war folgender:

Gewicht 39 Kilo, Ernährungszustand gehoben. Das Infiltrat der rechten Wange, beinahe vollständig geschwunden, wird von einer Reihe derber Narbenzüge durchzogen, die durch ihre blasse, weissliche Färbung von der hellroth gefärbten Umgebung abstechen. Die Knötchen am Unterkieferrande bis auf spärliche Ueberreste geschwunden, doch immer noch als solche kenntlich. Die Substanzverluste überhäutet, von zartem, leicht fältelbarem Epithel bedeckt. Die Krusten an der Ohrmuschel abgefallen, die ziemlich bedeutenden nach Ablösung derselben sich ergebenden Substanzverluste nur unvollkommen durch stellenweise noch des Epithels entbehrende Granulationen ersetzt. Die Substanzverluste im Bereiche der Vorderarme nur unvollständig vernarbt und überhäutet. Die nuchalen, wie auch die axillaren Drüsen bedeutend verkleinert. Der Lichen scrophulosorum geschwunden.

Lungenbefund wie bei der Aufnahme.

Die Heilung der durch den Paquelin und Kalicausticumätzung gesetzten Wunden erfolgte in der Zeit von zwei Monaten. Frisches Epithel bedeckte bereits die Substanzverluste, als am 19/X. eine Anschwellung unterhalb des rechten Auges sichtbar wurde, die als Phlegmona sacci lacrimalis diagnosticirt wurde. Ende October bemerkte man bereits eine

herdförmige Infiltration im Gesichte und augenblicklich bietet Patientin bereits das typische Bild eines Scrophulodermafalles.

Epikrise: Bei der Patientin war entsprechend ihrem Alter (17 a. n.) und ihrem Körpergewichte (39 Kilo) die Injectionstherapie bis zu einer Dosis von 0·015 durchgeführt worden. Die krankhaft veränderten Gewebe wurden, nachdem die anfängliche Besserung nicht weiter fortschritt, operativ entfernt, dessen ungeachtet war nach einem Zeitraume von drei Monaten bereits wiederum ein Recidiv aufgetreten.

Fall II. K. M., 12. a. n. Schuhmacherstochter aus Černilow.

Diagnose: Lupus vulgaris exulcerans serpiginosus extremitatis superioris sinistrae. Cicatrices multiplices post lupum.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Vor sieben Jahren Beginn des Leidens am rechten Arme und unterhalb des Kinnes; vor sechs Jahren entstand an der ulnaren Seite des linken Handrückens ein ähnlicher Herd, der sich peripher ausbreitete und central in Narbenbildung überging. Im Jänner 1897 analoge Processe an der Innen- und Aussenseite des linken Ellbogens und des Oberarmes derselben Seite, damals fand auch das Uebergreifen des Handrückenherdes auf den 3., 4. und 5. Finger statt.

Im 7. und 11. Lebensjahre musste Pat. wegen heftiger Schmerzen auf der linken Brustseite bei gleichzeitigen Athembeschwerden mehrere Tage das Bett hüten. Seit einem halben Jahre Contractur im Ellbogengelenke.

Befund bei der Aufnahme am 10./III. 1897: Patientin ihrem Alter entsprechend entwickelt, ziemlich gut genährt. Die sichtbaren Schleimhäute blass. Am rechten Mundwinkel drei kleine, linsengrosse, blasse Narben, unterhalb des Kinnes eine etwa 4 Cm. lange, dem Unterkieferrande parallel verlaufende, etwas eingezogene, blasse Narbe; ebenso Narbenbildungen unterhalb des cond. intern. humeri. rechts und an der Streckseite des Vorderarmes. Innerhalb dieser Narben nirgends mehr Knötchen nachweisbar. Am unteren Ende der zuletzt erwähnten Narbe zwei violettrothe, über das Hautniveau erhabene, oberflächlich leicht schuppende, nirgends exulcerirte oder mit Krusten bedeckte Infiltrate.

Die linke, im Vergleich zur rechten schwächere Extremität in der Gegend des Ellbogengelenkes leicht aufgetrieben, wird, da die active Beweglichkeit durch Veränderungen im Gelenke sehr erschwert ist, meist in leichter Beugestellung gehalten.

Auf dem linken Handrücken eine blasse atrophische Narbe, die sich vom Handwurzelgelenk bis zur Grundphalange des 3. und 4. Fingers,

wie auch auf den Metacarpus des 5. Fingers erstreckt, am lateralen Rande greift dieselbe einige Millimeter auf die volare Fläche der Hand über und wird auf dem Drüsen bogenförmig begrenzt zwischen dem Metacarpus des 2. und 3. Fingers.

Die Randpartien dieser Narbe sind stark infiltrirt, von Krusten und Borken bedeckt. Bei Ablösung der letzteren erscheinen seichte Substanzverluste; stellenweise lassen sich auch braunrothe Knötchen in der Randzone unterscheiden. Die Haut in unmittelbarer Umgebung des Erkrankungsherdes ist leicht geröthet. Im centralen Antheile der Narbe keine Knötchen mehr nachweisbar, wohl aber noch oberflächliche Schuppenauflagerungen. Aehnliche Herde nur von geringerer Ausdehnung finden sich an der Innen- und Aussenseite des condylus internus humeri und an der Innenseite des Oberarmes.

Die axillaren Lymphdrüsen, besonders links, stark vergrössert, nicht schmerzhaft.

Lungenbefund: R. H. O. leichte Dämpfung und bronchiales Athmen. Links auf der ganzen Lunge verschärftes Athmen.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker. Am 10. April betrug das Körpergewicht 36 Kilo.

Decursus:

Begonnen wurde mit den Injectionen am 10. April mit einer Dosis von 0·000002. Patientin erhielt im ganzen 41 Injectionen, die letzte am 16. August betrug 0·016.

Die erste Temperatursteigerung 38·2 erfolgte am 23./IV. nach einer Dosis von 0·0004, der höchste Anstieg der Temperatur (40·2) trat am 2./V. nach einer Injection von 0·001 ein. 31./V. Schüttelfrost.

Von Seiten der Lungen wurden keine Veränderungen beobachtet.

Die Reactionserscheinungen an den Injectionsstellen waren meistentheils sehr erheblich, es kam bis zu hühnereigrossen, schmerzhaften Infiltrationen, die erst nach tagelangem, selbst wochenlangem Bestande schwanden. Die ersten Veränderungen an den Krankheitsherden der linken oberen Extremität wurden am 26./IV. nach der achten Injection constatirt, dieselben bestanden in einer Abflachung der Randinfiltrationen und Verminderung der Resistenz derselben.

Im Verlaufe der weiteren Injectionen kam es zu wiederholten, nur kurzdauernden Röthungen der Krankheitsherde.

Am 15./V. trat in der Umgebung derselben ein 1 Cm. breiter, gerötheter Saum auf, der am nächstfolgenden Tage bei gleichzeitigem Abblassen der Herde schwand.

Am 17./V. waren bedeutende Schuppenbildungen sowohl im Bereiche der Narbe, als auch der Randpartien der lupösen Herde nachweisbar; nach Ablösung derselben am 19./V. stellenweise narbige Veränderungen, stellenweise auch nur geröthete, hyperämische Bezirke sichtbar.

Am 14./VI. löste sich der Armherd in einzelne kleinere Herde auf, in deren Umgebung es zu narbig atrophischen Veränderungen gekommen war.

Am 21./VII. war immer noch eine Infiltration der Armherde, wenn auch in geringem Grade vorhanden, ebenso waren auch noch die Knötchen deutlich kenntlich.

Was die Allgemeinerscheinungen, die während der Therapie auftraten, betrifft, möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass Patientin wiederholte Herpeseruptionen bekam, so am 12./IV., 5./V. und 19./VI. einen Herpes labialis, am 24./V. einen Herpes frontalis et palpebralis dext. Ferner wurde bei derselben mehrmals Erythem beobachtet, so am 17./V. leichtes Erythem der Brust, am 27./VI. diffuses, scharlachrothes Erythem des Rückens, die beide nach ungefähr einstündigem Bestande verschwanden.

Am 2./VI. und 4./VI. erfolgte der Temperaturabfall unter starkem Schweissausbruche.

Da die Veränderungen an den lupösen Herden zwar zu einer Besserung, aber zu keiner Heilung des Processes führten, wurde am 29./VII. die Paquelinisirung in Chloroformnarcose vollzogen. Das Körpergewicht war um ein Kilo gestiegen. Patientin blieb noch bis zum 25. October in klinischer Behandlung; die Wundheilung erfolgte in normaler Weise, es kam zu keiner Recidive.

Epikrise: Wie aus den beiliegenden Temperaturtabellen und aus den langanhaltenden, schmerzhaften Anschwellungen an den Injectionsstellen, den Herpeseruptionen und den auftretenden Erythemen ersichtlich ist, vertrug Patientin die Injectionen schlecht, ausserdem führten dieselben nicht zu den gewünschten Resultaten. Es trat zwar ein gewisser Grad von Besserung, aber keine Heilung ein.

Fall III. P. B. 30 a. n. ledig. Dienstmädchen aus Schüttenhofen.

Diagnose: Lupus vulgaris nasi, maculae corneae oculi sinistri. Blepharitis ulcerosa.

Anamnese: Hereditär keine Belastung nachweisbar. Bis auf öfters wiederkehrende Augenaffectionen und seit frühester Jugend bestehendem Ohrenausflusse, der vor einem halben Jahre ohne Behandlung sistirte, will Patientin bis vor fünf Jahren stets gesund gewesen sein. Damals bemerkte sie eitrigen Ausfluss aus der Nase mit Behinderung der Athmung; unter ärztlicher Behandlung schwand zwar der Ausfluss, das Athmen fiel ihr aber seit der Zeit stets schwer. Vor einem Jahre trat eine Röthung und Schwellung der Nasenspitze auf, bald nachdem bildeten sich Knötchen, die sich mit Borken bedeckten und der Process ergriff in der Folgezeit den ganzen rechten Nasenflügel. Patientin hustet nicht, schwitzt nicht bei Nacht.

Befund bei der Aufnahme am 3. Febr. 1897. Patientin gut entwickelt, mittelgross, blass. Die Haut der Nasenspitze und

des angrenzenden Theiles des Nasenrückens leicht geröthet, verdickt oberflächlich schuppend. Innerhalb der gleichfalls gerötheten, oberen Partie des rechten Nasenflügels zwei linsengrosse, von geschichteten Borkenmassen bedeckte Substanzverluste, wie auch hauptsächlich an der Peripherie vereinzelte, rothbraune, hirsekorngrosse Knötchen; der linke Naseneingang unverändert, rechts theilweiser Defect des unteren Antheils des Nasenflügels, Verlegung der Nasenöffnung durch schlaffe Granulationsmassen und durch Blutgerinnsel, durch welche die Sonde leicht durchgleitet. Septum nasi erhalten. Mundschleimhaut normal, der weiche Gaumen leicht geröthet. Die hintere Pharynxwand geröthet, gelblichgrünen Belag aufweisend. Herz- und Lungenbefund normal. Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Am 6/II. wurde die afficirte Nasenpartie mit dem Paquelin in Chloroformnarcose verschorft. Die Abstossung des Schorfes, Ersatz des Substanzverlustes durch Granulationsgewebe erfolgte ohne Störung, doch war die Epithelisirung noch nicht vollständig eingetreten, als am 10/IV. die Tuberculininjectionen begonnen wurden. Körpergewicht 44 Kilo.

Decursus.

Patientin erhielt im Ganzen 38 Injectionen. Begonnen wurde mit einer Dosis von 0·000002, aufgehört am 6. August mit einer Injection von 0·02.

Während der Behandlungsdauer kam es nur zweimal zu Temperatursteigerungen über 38·0, so am 25/V. nach einer Injection von 0·006 bis zu 39·7 und am 14/VI. nach einer Dosis von 0·008 bis auf 38·6; sonst hielt sich die Temperatur der Patientin constant unter 37·6; es unterblieb daher die Veröffentlichung der Temperaturtabelle.

An den Injectionsstellen traten sehr häufig Infiltration, Röthung und Schmerzen auf. An den paquelinisirten, sich epithelisirenden Partien schritt der Ueberhäutungsprocess nur langsam fort.

Am 24/V. wurde auf der chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Wölfler die Nasenplastik ausgeführt. Das Körpergewicht war auf 47 Kilo gestiegen.

Epikrise: Patientin hatte die Injectionen nur zwecks Immunisirung erhalten, da bei Beginn der Therapie bereits alles Krankhafte operativ entfernt worden war. Die Injectionen wurden von derselben verhältnissmässig gut vertragen, denn abgesehen von den schmerzhaften Anschwellungen an den Injectionsstellen kam es mit Ausnahme der zwei oben genannten Tage, nie zu stürmischen Allgemeinerscheinungen. Leider hat sich Patientin bisher noch nicht vorgestellt, so dass der Erfolg der Therapie nicht beurtheilt werden konnte.

Fall IV. J. C., 19. a. n. Dienstmagd aus Klein-Hlušic.

Diagnose: Lupus vulgaris serpiginosus.

Anamnese: Hereditär keine Belastung eruirbar. Das gegenwärtige Leiden der Patientin begann in ihrem 12. Lebensjahre am l. Knie n Form einer Beule, die unter Eiterentleerung aufbrach. Anfangs nur geringe Heilungstendenz, späterhin Vernarbung im Centrum und peripheres Weiterschreiten des Processes; im selben Jahre entstanden auch die beiden Herde am Oberschenkel. Seit 4 Jahren Herde an der linken oberen Extremität und der Stirn. Affection an der Innenseite des l. Fusses, wie am Rücken angeblich seit zwei Jahren. Patientin wurde bis vor 14 Tagen niemals behandelt.

Befund bei der Aufnahme am 13/I. 1897: Patientin für ihr Alter schlecht entwickelt, von mässig gutem Ernährungszustande, blasser Gesichtsfarbe. Am rechten Stirnhöcker die Haut im Umkreise von ca. 4 Cm. von schwarzen, eingetrockneten Krustenmassen bedeckt, nach deren Ablösung sich seichte, eitrig belegte Substanzverluste darbieten. Am rechten Naseneingang die Haut geröthet mit Borken bedeckt. Halslymphdrüse nicht vergrössert. Zwei Querfinger unterhalb der linken Scapula eine 1 Cm. lange und 5 Cm. breite Narbe, mit eingestreuten, braunrothen, schuppenden Knötchen, im untersten Antheile ein von einer Borke bedecktes, tiefes Infiltrat. An der rechten oberen Extremität in der Ellbogengegend zwei Narben. An der linken oberen Extremität, an der Innenseite der unteren Hälfte des Oberarmes ein bis zum Condylus internus sich erstreckender scharfumschriebener Herd mit einer centralen Narbe, in deren Mitte ein lividrothes von blutig durchtränkten Borken bedecktes Infiltrat sich befindet. Am Rande dieses Herdes oberflächliche Geschwüre, die theilweise von eingetrockneten Borken und Krusten bedeckt sind. An der Aussenseite des linken Ellbogengelenkes ein 5 Cm. im Durchmesser betragendes lividrothes Infiltrat; ein ebenso beschaffener Herd umgreift circulär den Vorderarm. An der Innenseite der linken unteren Extremität zwei durch eine schmale Hautbrücke von einander getrennte Herde, die an der Beugeseite des Oberschenkels zu einem einzigen, fast die ganze Länge des Oberschenkels einnehmenden Herde confluirt sind. Das Centrum narbig verändert, daselbst vereinzelte, eingesprengte Infiltrate und Knötchen, der Rand wallartig verdickt von schwarzbraunen Krusten bedeckt. Ein analoge Verhältnisse aufweisender Herd von $1\frac{1}{2}$ Cm. Durchmesser an der Streck- und Aussenseite des linken Kniegelenkes. An der Aussenseite des unteren Drittels des linken Unterschenkels ein 9 Cm. im Durchmesser betragender Herd, dessen lividrothes Centrum von einem wallartig aufgeworfenen, krustenbedeckten Rande umgeben ist. An der Innenseite des linken Fusses ein von der Grundphalange der grossen Zehe bis zum malleolus internus und anderseits von der Mitte des Fussrückens bis zum Beginne der Planta sich erstreckender Herd, der einen eitrigen Belag und zahlreiche kraterförmige Einziehungen aufweist.

Lungenbefund: Ueber der rechten Lungenspitze geringe Dämpfung, abgeschwächtes, vesiculäres Athmen.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Aus dem Krankheitsverlaufe vor Beginn der Injectionstherapie mit dem Tuberculin R. will ich nur folgende Daten hervorheben.

25./V. Um 7 Uhr Abends Injection von 0·005 des alten Tuberculin Koch's. Temperaturanstieg nach vorausgegangenem Schüttelfrost um 1 Uhr Nachts bis auf 38·6. Die höchste Temperatur 40·3 erreichte Patientin am 26./I. um 7 Uhr Morgens, dieselbe hielt bis 8 Uhr Abends an.

Die Haut diffus geröthet, die Herde sowohl im narbigen Centrum, als auch besonders am Rande geschwollen, geröthet; starke Secretion einer fadenziehenden, gelblichen Flüssigkeit. Am Rande eingetrocknetes Secret. Die Haut um den Naseneingang gleichfalls geröthet und intumescirend. Lungenbefund unverändert. Im Harne kein Eiweiss.

27./I. Die Narben rosaroth verfärbt; die Umgebung derselben geröthet und infiltrirt. Die Secretion hat aufgehört, reichlicher Borkenbelag. Fieber im Abnehmen begriffen (Morgentemp. 37·9). Im Harne kein Eiweiss, reichliches Sediment lateritium. Lungenbefund unverändert.

29./I. Seit gestern fieberfrei. Schwellung und Röthung der Herde hat abgenommen. Unter der Behandlung mit weisser Salbe haben sich die Borken am Rande abgelöst, darunter theilweise noch belegte Granulationspfröpfe sichtbar. Lungenbefund unverändert, im Harne kein Eiweiss.

1./II. Operation in Chloroformnarcose: Auskratzung der Herde an der linken unteren Extremität mit dem scharfen Löffel, Verschorfung mit Kali causticum.

Die Abstossung des Schorfes erfolgte in der normalen Weise und waren am 3./IV., dem Anfangstage der Injectionen, die geätzten Stellen theils von üppigen Granulationen bedeckt, theils in Ueberhäutung begriffen oder bereits vollständig überhäutet.

Gewicht bei Beginn der Injectionen 43 Kilo.

Decursus:

Patientin erhielt im Ganzen 41 Injectionen. Begonnen wurden dieselben am 10. April mit einer Dosis von 0·000002, beendet am 6. August mit einer Dosis von 0·020. Die gleich nach der ersten Injection auftretende Temperatursteigerung dürfte auf eine Obstipation zurückzuführen sein, da dieselbe nach einer Eingiessung zurückging; auch die zweite Temperatursteigerung am 28. April dürfte auf einer zufälligen Indisposition beruhen, da bereits vor der Injection Diarrhoen vorhanden waren. Die erste erhebliche Temperatursteigerung (38·8) trat nach der 19. Injection bei einer Dosis von 0·006 am 17. Mai auf; die höchsterreichte Temperatur betrug 40·2 nach derselben Dosis am 20. Mai, eine gleich hohe Temperatur erreichte Patientin nur noch einmal nach einer Dosis von 0·011 am 18. Juni. 25./V. Schüttelfrost.

An den Injectionsstellen Schmerzen, Schwellung und Röthung beinahe constant vorhanden.

Von Seiten der Lungen, nur einmal am 23./V. spärliche Rasselgeräusche nachweisbar.

Erscheinungen an den Krankheitsherden:

13./IV. Stärkere Röthung der lupösen Herde an der Stirn und der linken oberen Extremität.

19./IV. Nur geringe Röthung und Abflachung der Armherde.

23./IV. Seröses Exsudat im Bereiche des Stirnherdes, ebenso an einzelnen Knötchen des Armherdes.

26./IV. Flacherwerden des Randinfiltrates.

7./V. Röthung des Arm- und Stirnherdes.

10./V. Abflachung der Knötchen; erhebliche Röthung der Armherde bereits drei Stunden nach der Injection bemerkbar.

13./V. Einzelne Knötchen fast geschwunden.

14./V. Schuppenbildung im Bereiche der Armherde; nach Entfernung derselben stellenweise narbige Einziehungen. Einzelne Knötchen namentlich im centralen Theile von einem Schuppenfranzensaume umgeben, die mehr zum Rande hin vollständig von einer Schuppe bedeckt. Geringe seröse Imbibition der Randpartien.

16./V. Die noch gestern stark gerötheten Erkrankungsherde heute merklich blässer, sehr reichliche Schuppenbildung.

22./V. Stirnherd von weisslichen Schuppen bedeckt.

25./V. Reichliches seröses Exsudat an den lupösen Herden; beginnende Ablösung der Schuppen.

30./V. Die Schuppen haben ein kreidig-brüchiges Aussehen erhalten; die Configuration der innerhalb der Narbe gelegenen Knötchen stellenweise sehr verschwommen.

10./VI. Die Infiltration des Stirnherdes beinahe vollständig geschwunden, der Rand liegt im Niveau der umgebenden Haut.

Da im Laufe des Monates Juni, obgleich Patientin dreizehn weitere Injectionen in steigender Dosis erhielt, ausser vorübergehenden Röthungen keine weiteren Veränderungen an den lupösen Herden auftraten, wurde am 28./VII. die Paquelinisirung in Chloroformnarcose vorgenommen. Körpergewicht 47 Kilo.

Ende September konnte man bereits im Bereiche der Herde an den unteren Extremitäten im centralen Theile der Narbe das Auftreten von Knötchen nachweisen. Mitte October traten auch Knötchen im Vorderarmherde auf und gegen Ende October auch im Bereiche des Stirnherdes.

Epikrise: Mithin haben wir bei diesem Falle zu verzeichnen: Anfängliche Besserung, die aber nirgends zum vollständigen Schwunde des lupösen Gewebes führte; trotz erreichter, von Koch als immunisirend angegebener Dosis von 20 Mg. und nachheriger operativer Entfernung aller krank-

haft veränderten Partien, so weit sichtbar, neuerliche Recidive.

Patientin reagirte auf eine Injection von 0·005 des alten Tuberculins recht stürmisch, als wir nunmehr eine nahezu gleiche Dosis des neuen Tuberculins (0·006) injicirten, kam es, obgleich bei derselben durch die vorausgegangenen, allmälig steigenden Injectionen, nach den Angaben Koch's, doch eine Gewöhnung hätte eintreten müssen, zu ziemlich ähnlichen, wenn auch kürzer währenden Allgemeinerscheinungen, die — der geringeren Dauer derselben entsprechend — von weniger intensiven localen Erscheinungen an den Krankheitsherden begleitet waren.

Fall V. S. A., 8 a. n., Schneiderstochter aus Prag.

Diagnose: Scrophuloderma malae dextrae.

Anamnese: Vater der Patientin starb an Lungenschwindsucht; sieben von den zwölf Geschwistern der Patientin an nicht eruirbaren Infectionskrankheiten. Patientin litt in ihrer frühesten Jugend an Rhachitis. Die jetzige Affection im Gesichte, wie auch die Erkrankung unterhalb des rechten, äusseren Malleolus begann vor zwei Jahren.

Befund bei der Aufnahme am 5. April 1897:

Rhachitisches Individuum von schlechtem Ernährungszustande. Auf der rechten Wange dicht unterhalb des Auges ein 5 Cm. langer und 3 Cm. breiter Erkrankungsherd, dessen Umgebung leicht geröthet, von kleinförmigen Schuppen bedeckt ist, während im Centrum gelbliche, stellenweise durch Blutbeimengungen bräunlich verfärbte Borken sichtbar sind, nach deren Ablösung seichte Geschwüre mit unterminirten Rändern, schmierigem Belage und unebenem Grunde zu Tage treten. Am Unterkiefer derselben Seite eine 5 Cm. lange, nur wenige Millimeter breite Narbe, die in einer 2 Cm. im Durchmesser betragenden, borkenbedeckten Vorwölbung, die der rechtseitigen, vergrösserten, submaxillaren Lymphdrüse entspricht, ihren Abschluss findet. Die submaxillaren Lymphdrüsen links bis zu Haselnussgrösse angeschwollen, ebenso die nuchealen und cervicalen Drüsen vergrössert, tastbar. An der Innenseite des linken Armes, wie auch am Oberschenkel derselben Seite von früheren Processen herrührende Narben; unterhalb des rechten äusseren Malleolus gleichfalls eine Narbe, die im Centrum trichterförmig eingezogen, von einer Kruste bedeckt, mit dem darunter liegenden Knochen verwachsen ist. Die inguinalen Lymphdrüsen beiderseits geschwollen. Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker. Lungenbefund: Links hinten oben bronchiales, sonst pueriles Athmen. Körpergewicht 16 Kilo.

Decursus:

Die Injectionstherapie wurde am 12. April mit einer Injection von 0·000002 begonnen und erreichte am 9. August mit einer Dosis von 0·01 ihren Abschluss. Die Zahl der Injectionen betrug 37.

Die erste Temperatursteigerung (39·1) am 25./IV. liess sich auf einen Knochenabscess zurückführen. Die höchste Temperatur trat nach einer Injection von 0·009 am 6./VIII. ein, gleichzeitig bestanden damals giemende und pfeifende Rasselgeräusche auf der rechten Lunge.

In der Zeit vom 12./IV.—24./IV. wurde nur Röthung, Infiltration und Schmerzhaftigkeit an den Injectionsstellen beobachtet. Die Krankheitsherde, wie auch die Drüsen blieben vollständig unverändert.

Am 24./IV. klagte Patientin über Schmerzen am rechten äusseren Malleolus, woselbst eine erhebliche Schwellung, Röthung und Entleerung von dünnflüssigem Eiter aus der obenerwähnten Narbe constatirt wurde.

26./IV. Die Schwellung, Röthung und Schmerzhaftigkeit nahm trotz der Behandlung mit essigsaurer Thonerde an Intensität zu und erfolgte am 30./IV. ein Spontandurchbruch eines Abscesses. Unter Chloroformnarcose wurde die Abscessöffnung erweitert und der Knochenprocess mit dem scharfen Löffel ausgekratzt.

1./V.—9./V. Dieselben schmerzhaften Anschwellungen an den Injectionsstellen; vorübergehende nur einige Stunden währende Röthung des Wangenherdes.

Am 10./V. konnte man eine erhebliche Abflachung des Wangenherdes constatiren, wie auch eine Abnahme der Schuppenauflagerungen.

13./V. Die linksseitige submaxillare Drüse bedeutend verkleinert, auf der rechten Seite geringere Rückbildung der mit der Haut verwachsenen Drüse.

14./V. Nach Entfernung der Borken bemerkt man eine theilweise Epithelisirung und Vernarbung der früheren Substanzverluste.

17./V. Im Harne Spuren von Eiweiss, die am nächstfolgenden Tage bereits geschwunden waren.

21./V.—31./V. Nur sehr geringe Schmerzen an den Injectionsstellen und häufige Röthung des Wangenherdes im Anschlusse an die Injectionen.

Am 23./V. einige Stunden nach der Injection Rasselgeräusche auf der rechten Lunge hinten oben, die am nächstfolgenden Tage bereits nicht mehr hörbar waren.

Am 7. Juli wurde zur Paquelinisirung des Herdes geschritten, die Injectionen aber noch weiter fortgesetzt, in der Hoffnung Immunisirung zu erzielen und Patientin vor weiteren Recidiven zu schützen. Körpergewicht 18 Kilo.

Anfang October stellte Patientin sich aber mit zwei neuen Knötchen innerhalb der Narbe wiederum vor.

Epikrise: Patientin vertrug die Injectionen sehr schlecht, nicht nur dass bei Steigerung der Dosis Temperatursteigerungen auftraten, die-

selben hielten auch bei mehrmaliger Wiederholung derselben Dosis an, wurden mitunter sogar noch höher, als zuvor; dazu kamen noch die grossen Schmerzen an den Injectionsstellen, so dass Patientin stets mit Bangen einer neuerlichen Injection entgegensah. In Anbetracht des jugendlichen Alters und der schwächlichen Constitution wurden die Injectionen bei ihr bei 0·01 bereits sistirt. Wir haben in diesem Falle weder Heilung, noch Immunisirung zu verzeichnen.

Fall VI. R. A, 8 a. n., Kesselschmiedstochter aus Lieben.

Diagnose: Lupus vulgar. malae dextrae.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Affection an der rechten Wange seit dem 2. Lebensjahre, wurde durch längere Zeit ohne Erfolg mit Salben behandelt.

Aufnahmsstatus vom 21. April 1897:

Dem Alter entsprechend gross, kräftig, wohlgenäart. Auf der rechten Wange in einer Ausdehnung von ungefähr 6 Cm. im Durchmesser die Haut geröthet, zum Theil narbig verändert. In der gerötheten Partie Knötchen von geringer Resistenz. Im oberen Antheile ein durch Confluenz derartiger Knötchen gebildetes, wallartiges Infiltrat; gegen das rechte Ohr zu narbige strickförmige Veränderung der Wangenhaut. Submaxillare und supraclaviculare Lymphdrüsen vergrössert. Lungenbefund normal. Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker. Körpergewicht 23·50 Kilo.

Decursus:

Patientin erhielt im Ganzen 29 Injectionen. Begonnen wurde am 23. April mit einer Dosis von 0·00001, aufgehört am 23. Juli mit einer Dosis von 0·01.

Die erste Temperatursteigerung 38·6 trat nach einer Dosis von 0·006 am 17. Mai auf; die höchste Temperatur 39·8 bei einer Dosis von 0·009 am 14. Juni.

Lungenbefund blieb normal. Das Körpergewicht stieg um 1 Kilo.

Die Injectionsstellen zeigten die gewöhnlichen, bereits bei den vorhergehenden Fällen erwähnten Reactionserscheinungen.

Erscheinungen an dem lupösen Herde:

7./V. Stärkere Röthung des Wangenherdes.

13./V. Beim Betasten des oberen Antheiles des Herdes hatte man das Gefühl, als ob ein dünnes Pergamentblatt sich über einem leeren Sacke befand; es war zu einer Resorption des Infiltrates gekommen, mit der die Haut nicht gleichen Schritt gehalten hatte. Die Adaption der Haut an die Unterlage erfolgte erst nach zwei Tagen. Im Verlaufe der weiteren Injectionen kam es nur zu vorübergehenden Röthungen des Wangenherdes und zu einer Verkleinerung der submaxillaren Lymphdrüsen. Da im Laufe eines Monates die Resorption des Infiltrates nicht

weiter fortschritt und auch die Knötchen stationär blieben, schritt man am 27./VII. zur Paquelinisirung des Wangenherdes. Der gesetzte Substanzverlust heilte in der normalen Zeit, es bildete sich eine glatte Narbe, in der jedoch bereits Anfang October einige circumscripte, stecknadelkopfgrosse, suspecte Röthungen auftraten, die Ende October, da aus ihnen sich typische Knötchen gebildet hatten, mit dem Paquelin entfernt wurden.

Epikrise: Obgleich der lupöse Process nur sehr geringe Ausdehnung besass, reagirte Patientin, die anfänglich die Injectionen sehr gut vertrug, bei höheren Dosen mitunter recht stürmisch. Da ihr Alter nur acht Jahre, ihr Körpergewicht 24·5 Kilo betrug, so nahmen wir an, dass die Dosis von 0·01 zur Immunisirung hinreichen würde.

Trotz der Injectionen und der nachfolgenden Operation dennoch Auftreten von Recidive.

Fall VII. S. M., 40. a. n., ledig. Private.

Diagnose: Lupus vulgaris nasi et pedis dextri.

Anamnese: Beginn der Affection im 17. Lebensjahre am linken Nasenflügel; 2 Jahre später, zu einer Zeit, als Patientin zum ersten Male Spitalshilfe aufsuchte, entstand am rechten Fusse eine Geschwulst, die operirt wurde. Mit Ausnahme der Jahre 1881—85, während welcher die Affection geheilt war, war P. seit dem Jahre 1875 in jedem Jahre einmal im hiesigen Spitale zur Behandlung, sie wurde theils operativ, theils mit altem Tuberculin behandelt.

Mutter der Pat. starb an Lungentuberculose, ebenso eine Schwester Pat. hustet nicht, schwitzt bisweilen Nachts. Menses alle drei Wochen ohne Beschwerden.

Befund bei der Aufnahme am 22. April 1897: Pat. ist von mittlerer Statur, mässig entwickelter Musculatur und Panniculus adiposus. Die stark geröthete und infiltrirte Nasenspitze sieht wie abgegriffen aus. Der rechte narbig-atrophische Nasenflügel weist zahlreiche feine Narbenzüge auf, der linke ist verdickt, infiltrirt und verlegt theilweise die Naseneingangsöffnung, ohne jedoch die Athmung wesentlich zu behindern. Die Infiltration dieses Nasenflügels setzt sich noch auf den angrenzenden Wangentheil fort und sieht man daselbst vereinzelte Knötchen. Auf der Nasenspitze, etwas auf die rechte Seite übergreifend, ein erbsengrosser, speckig belegter Substanzverlust. Das nicht perforirte Septum wird an seiner unteren Partie von narbig veränderter Haut überzogen, das knöcherne, wie auch das cartilaginöse Nasengerüst erhalten. Auf der Oberlippe das Lippenroth nicht in Mitleidenschaft ziehend, ein zwanzighellergrosser, gerötheter, infiltrirter, mit gelblichen Borken bedeckter Erkrankungsherd, im oberen Theile leichte Schuppung aufweisend.

Auf dem Dorsum pedis dextri, auf den inneren Fussrand und die zweite und dritte Zehe übergreifend, ein stark geröthetes Erkrankungsherd, der aus mehreren mehr oder weniger stark granulirenden des oberflächlichen Epithels beraubten Einzelherden zusammengesetzt ist. Auf der grossen Zehe ein streifenförmiger, granulirender, stark secernirender Substanzverlust. Oberhalb desselben, näher zum Fussrande hin, ein kreuzergrosser Erkrankungsherd mit schlappen Granulationen und speckigem Belage, durch einen zwei Finger breiten Streifen normaler Haut von dem vorigen getrennt ein kronengrosser ähnlich beschaffener Erkrankungsherd, mit unterminirten, nicht verdickten Rändern und schlecht granulirendem Grunde. Die zweite und dritte Zehe ist von wuchernden, gerötheten, vereinzelte Knötchen aufweisenden Massen bedeckt, die den Interdigitalraum beinahe vollständig zum Schwinden gebracht haben; eine Verwachsung hat nicht stattgefunden. Körpergewicht 54 Kilo. Lungenbefund normal.

Decursus:

Begonnen wurden die Injectionen am 24./IV. mit einer Dosis von 0·00001. Patientin erhielt im ganzen 35 Injectionen, die letzte am 31./VII. betrug 0·020.

Die erste erhebliche Temperatursteigerung (38·4°) trat am 20./V. nach einer Dosis von 0·006 auf, die höchsterreichte Temperatur betrug 39·1° am 28./VI. nach einer Dosis von 0·012.

Keine Erscheinungen von Seite der Lungen.

Die Reactionserscheinungen an den Injectionsstellen waren im allgemeinen minimal, mitunter fehlten sie sogar ganz.

Was die Veränderungen an den Krankheitsherden betrifft, so bemerkte man:

28./IV. Geringe Röthung an der Nasenspitze.

12./V. Abflachung des Herdes an der Oberlippe, Verringerung des Infiltrates.

17./V. Deutliche Röthung des Oberlippenherdes und der Nasenspitze.

24./V. Der lupöse Oberlippenherd liegt bereits im Niveau der umgebenden Haut, fühlt sich sehr wenig infiltrirt an.

Während der Behandlung kam es zu einer Ueberhäutung des lupösen Fussherdes, wie auch zu Veränderungen, die aus dem Abgangsstatus von Ende Juli ersichtlich sind. Derselbe lautet folgendermassen:

Die Configuration der Nase unverändert. Die Röthung und Infiltration der Nasenspitze, wie auch der Nasenflügel bedeutend abgenommen. An dem rechten, narbig veränderten und verkürzten Nasenflügel noch vereinzelte, oberflächlich schuppende Knötchen sichtbar. Der Substanzverlust an der Nasenspitze durch Narbengewebe ersetzt. Am linken Nasenflügel in dem an die Wange angrenzenden Theile zahlreiche, wenn auch nur zarte und kleine Schuppen und Borken sichtbar. Bei diascopischer Betrachtung noch Knötchen nachweisbar. Der Herd an der Oberlippe beinahe vollständig geschwunden, ein narbig atrophisches, geröthetes, von gefälteltem Epithelbedecktes Centrum, umgeben von einem aus kleinsten,

noch tast- und fühlbaren Knötchen gebildeten, leicht erhabenen Walle.

Die Form und die Gestalt dieser Knötchen ist keine scharfe mehr und gehen die Grenzen stellenweise ineinander über. An Stelle der granulirenden Substanzverluste am Füssrücken ist eine lividrothe, von gefälteltem Epithel überzogene Narbe getreten, die bis auf ihren oberen Antheil, woselbst sich ein kreuzergrosser Herd mit eingestreuten, hellroth gefärbten Knötchen findet, beinahe gar keine Infiltrate aufweist. Gegen den Fussrand hin gelbliche Schuppenauflagerungen. An der zweiten Zehe bis zur Mitte und an der Basis der dritten Zehe noch zahlreiche, oberflächlich schuppende, theils in Reihen angeordnete, theils zerstreute Knötchen im frischen Narbengewebe. Körpergewicht 54 Kilo.

Am 24. October stellte Patientin sich wiederum mit frischen Knötchen im Oberlippenherde vor, dieselben wurden mit dem Paquelin unter Localanästhesie entfernt.

Epikrise: Patientin vertrug die Injectionen sowohl was allgemeine, als auch locale Reactionen betraf, gut. Als dieselbe nach beendeter Therapie, sie hatte 20 Mg. erhalten, entlassen wurde, war eine erhebliche Besserung eingetreten, doch wurde keine Immunisirung erzielt, wie aus den drei Monate darauf auftretenden Recidiven ersichtlich.

Fall VIII. K. A. Bedienerinstochter 9. a. n. aus Königgrätz.

Diagnose: Lupus vulgaris nasi et malae dextrae.

Anamnese: Vater der Patientin starb vor zwei Jahren an Lungenschwindsucht. Beginn des Leidens vor einem Jahre mit einer Röthung an der Nasenspitze, allmälige Ausbreitung auf die rechte Wange unter Geschwürsbildung.

Patientin machte in frühester Jugend eine Augenaffection durch, hat nie an Schnupfen gelitten, hustet nicht und schwitzt nicht bei Nacht. Anschwellung der submaxillaren Drüse besteht seit drei Jahren.

Befund bei der Aufnahme am 29./IV. 1897. Patientin ihrem Alter entsprechend gross, von mässigem Ernährungszustande.

Nasenspitze ödematös angeschwollen, intensiv geröthet, wird von bräunlichen, blutdurchtränkten Borkenmassen bedeckt, die sich auf die Oberlippe fortsetzen und zu einem theilweisen Verschlusse der rechten Nasenöffnung geführt haben. Nach oben hin findet die Röthung ihren Abschluss in einer Anzahl gelblicher Borken an der Uebergangsstelle des knorpeligen zum knöchernen Nasengerüste. Zahlreiche Knötchen von braunrother Farbe, geringer Resistenz, über das Hautniveau nur leicht erhaben finden sich ohne Ordnung innerhalb der gerötheten Partie, nur am rechten Nasenflügel sind dieselben in Form einer Korallenschnur angeordnet, die den Erkrankungsherd gegen die gesunde Umgebung abgrenzt.

An das bereits erwähnte borkenbedeckte Infiltrat der Oberlippe, das in der Medianlinie auch das Lippenroth ergriffen hat, schliesst sich gegen die rechte Wange hin eine narbige, glänzende, feinst abschuppende, guldengrosse Zone an, in der sich noch eine Anzahl stecknadelkopfgrosser Knötchen findet. Den Abschluss zur gesunden Wangenpartie findet dieser Erkrankungsherd in einer eitrigen Belag aufweisenden, halbmondförmigen, schlaff granulirenden, circa 1 Cm. breiten, epithellosen Zone. Die submaxillaren Drüsen rechts wallnussgross, links erbsengross.

Lungenbefund: Normal. Gewicht 24 Kilo. Im Harne: kein Eiweiss, kein Zucker.

Decursus:

Die Injectionstherapie wurde am 21./V. mit einer Dosis von 0·0001 begonnen und am 28./VIII. mit einer Injection von 0·01 beendet Patientin erhielt im Ganzen 28 Injectionen.

Von Seiten der Lungen traten keine Erscheinungen auf.

An den Injectionsstellen derbe, schmerzhafte Infiltrationen und Röthungen.

Im Laufe der ersten Woche trat eine vollständige Ueberhäutung des granulirenden Substanzverlustes ein, ferner konnte man nach der 16. Injection am 17./VI. eine Abflachung der Knötchen am oberen Rande des lupösen Herdes constatiren, im übrigen blieb das Krankheitsbild unverändert bis auf eine geringe, mitunter auftretende Röthung der lupösen Herde; es wurde daher am Schlusse der Behandlung zu einer Paquelinisirung des lupösen Wangen- und Nasenherdes geschritten. Das Körpergewicht war von 24 auf 23 Kilo gesunken.

Epikrise: Im Verlaufe der Injectionen traten achtmal recht bedeutende Temperatursteigerungen ein, die starken Reactionserscheinungen an den Injectionsstellen, die geringe Besserung des Krankheitsprocesses gestatten uns nicht, ein günstiges Urtheil über die Wirkung des Tuberculin-R in diesem Falle abzugeben.

Fall IX. U. E. 46 a. n. Webersgattin aus Reichenberg.

Diagnose: Lupus vulgaris nasi et malae sinistrae.

Anamnese: Hereditär keine Belastung nachweisbar. Beginn des Leidens vor drei Jahren mit einem kleinen, rothen „Wimmerl“ auf der Nasenseite; trotz sofortiger Behandlung verbreitete sich der Krankheitsprocess über die ganze Nase und ergriff vor einem halben Jahre auch die rechte Wange. Patientin hustet nicht, schwitzt nicht bei Nacht.

Befund bei der Aufnahme am 17./V. 1897:

Patientin ist von mittlerer Statur, schwacher Musculatur und Panniculus adiposus. Hautdecken welk, schlaff. Die Nase ödematös geschwollen, verbreitert, geröthet, einzelne nicht sehr derbe Knötchen deutlich tast- und sichtbar. Die Röthung erstreckt sich nach unten auf den

vorderen, unteren Theil des Septums, nach oben links bis zur Uebergangsstelle des knorpeligen in den knöchernen Nasenantheil, auf der rechten Seite lässt sich die infiltrirte, von einzelnen Knötchen durchsetzte Partie bis zum inneren Augenwinkel verfolgen. Auf der linken Wange ein 3 Cm. breiter, 4 Cm. langer, diffus gerötheter, von braunrothen, stecknadelkopfgrossen Knötchen durchsetzter Erkrankungsherd.

Die rechte submaxillare Lymphdrüse hühnereigross.

Lungenbefund: normal. Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker. Körpergewicht 47·5 Kilo.

Decursus:

Begonnen wurden die Injectionen bei der Patientin am 21./V. mit einer Dosis von 0·0001. Sie erhielt im Ganzen 12 Injectionen und erreichte mit 0·002 am 24./VI. ihr Maximum.

Patientin vertrug die Injectionen anfangs sehr gut — es traten gar keine Temperatursteigerungen auf. Nach der 7. Injection konnte man bereits eine Verkleinerung der submaxillaren Drüse bis auf Taubeneigrösse nachweisen. Die Knötchen sanken ein, bedeckten sich mit Borken nach deren Ablösung man narbig atrophische Stellen wahrnahm.

Nach der 12. Injection traten jedoch am 24./VI. bedrohliche Erscheinungen von Seite der Lunge auf. Sechs Stunden nach der Injection klagte Patientin über Athembeschwerden, Beschleunigung der Respiration, Kältegefühl, Schüttelfrost. Starke Cyanose des Gesichtes. Giemende und pfeifende Rasselgeräusche über beiden Lungen. Percutorisch nichts nachweisbar. Um 8 Uhr Abends war die Temperatur auf 39·2 gestiegen.

25./VI. Auf der linken Lunge vorne pfeifende Rasselgeräusche. L. H., unten feinblasiges Rasseln, sowohl bei In- als Exspirium. R. H. unten Lederknarren.

26./VI. Diffuse Rasselgeräusche auf der linken Lunge, namentlich in ihrem hinteren unteren Theile.

Nach weiteren zwei Tagen waren alle Erscheinungen von Seiten der Lungen geschwunden, doch musste von einer weiteren Behandlung Abstand genommen werden.

Epikrise: Es ist dieses der erste von den in der Einleitung bereits erwähnten Fällen, bei denen die bedrohlichen Lungenerscheinungen eine Fortsetzung der Injectionstherapie unmöglich machten.

Fall X. S. M., 15 a. n., ledig. Beschäftigungslos aus Beneschau.

Diagnose: Lupus vulgaris nasi, Lymphadenitis submaxillaris scrophulosa. Maculae corneae dext.

Anamnese: Hereditär keine Belastung nachweisbar. Vor vier Jahren Augenleiden, vor drei Jahren schmerzhafte Anschwellung der submaxillaren Drüse, beiderseits ohne Fieber. Seit zwei Jahren Affection der Nase und der Oberlippe; trotz ärztlicher Behandlung nahm der Pro-

cess an Ausdehnung stets zu. Seit einem halben Jahre leidet Patientin an einer Verstopfung des linken Nasenloches und häufigem Nasenbluten. Patientin hustet nicht, schwitzt nicht bei Nacht.

Befund bei der Aufnahme am 23./V. 1897:

Patientin ist gross von Wuchs, von derbem Knochenbau, aber schwach entwickelter Musculatur und Panniculus adiposus. Die Nase bis zum Uebergange des knorpeligen in den knöchernen Antheil verdickt, geröthet, hat ein aufgedunsenes, aufgetriebenes Ansehen, namentlich auf der linken Seite. Auf dem rechten Nasenflügel nur eine einzige kleine gelbe Borke auf geröthetem Grunde sichtbar, die Nasenspitze und der linke Nasenflügel dagegen von dicken gelbbraunen Borkenmassen bedeckt, zwischen denen man noch stellenweise leicht erhabene, wenig resistente, Linsengrösse nirgends überschreitende Knötchen wahrnimmt. Die rechte Nasenöffnung leicht geröthet, der septale Antheil mit Blutborken bedeckt; eine bohnengrosse Perforationsöffnung des Septum constatirbar; linke Nasenöffnung durch Borkenmassen beinahe vollständig verschlossen. Im mittleren Antheil der Oberlippe linkerseits bis zur Ansatzstelle des Nasenflügels, rechts diesen Punkt nicht einmal erreichend, ist die Haut geröthet, infiltrirt, von Knötchen durchsetzt, stellenweise von gelblichen Borken bedeckt.

Die submaxillaren Drüsen beiderseits als hühnereigrosse, verbackene Packete fühlbar, nirgends Fluctuation nachweisbar. Die seitlichen Halsdrüsen verdickt, derb. Halsumfang an der grössten Circumferenz beträgt 45 Cm.; eine Circaltour über den höchsten Punkt des Schädeldaches und unterhalb des Kinnes über die höchste Prominenz der Drüsen ergibt 60 Centimeter.

Lungenbefund: normal. Körpergewicht 50·5 Kilo. Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Decursus:

Begonnen wurden die Injectionen am 14. Juni mit einer Dosis von 0·0001, beendet am 23. August mit einer Dosis von 0·02. Patientin erhielt im Ganzen 19 Injectionen.

Die erste Temperatursteigerung 38·8 erfolgte am 24. Juni nach einer Dosis von 0·0004, die höchste 39·2 am 16. August nach einer Dosis von 0·016.

Von Seiten der Lungen waren am 30./VI. nach einer Dosis von 0·0005 vereinzelte Rasselgeräusche nachweisbar.

An den Injectionsstellen häufige, wenn auch geringe Reactionserscheinungen. Körpergewicht sank um 1 Kilo.

An den Herden kam es wie in der Mehrzahl der Fälle zu häufigen Röthungen, zu einem Schwinden der Borkenauflagerung, Epithelisirung der Substanzverluste und zu einer Verringerung der Infiltration, ferner in diesem Falle zu einer Abnahme des Aufgedunsenseins der Nase.

Der Fall gestaltete sich nur insofern abweichend von den früheren, als es am 22./VII. zu einer so starken Fluctuation der Halsdrüsen kam, dass man dieselben, um eine Perforation zu vermeiden, operativ entfernen musste.

Ausserdem wurde derselbe durch ein Versehen sehr lehrreich.

Patientin erhielt nämlich am 16./VIII. anstatt 0·008 die doppelte Dosis. Sie reagirte auf diese jähe Steigerung nur durch eine Steigerung der Temperatur bei sonstigem körperlichen Wohlbefinden.

Epikrise: Im vorliegenden Falle kam es zu einer erheblichen Besserung, bei verhältnissmässig geringen localen Reactionserscheinungen. — Inbetreff der Immunisirung lässt sich nichts aussagen, da Patientin sich bisher nicht vorgestellt hat.

Fall XI. H. A., 32 a. n. Nähterin aus Turnau.

Diagnose: Lupus vulgaris serpiginosus nasi et faciei.

Anamnese: Eine Schwester der Patientin starb an Lungentuberculose, sonst keine hereditäre Belastung nachweisbar. Die Affection begann vor sieben Jahren mit der Bildung zweier kleiner Knötchen am rechten Nasenflügel, breitete sich allmälig über die ganze Nase aus und ergriff vor einem Jahre auch die angrenzenden Wangenpartien. Patientin hustet nicht, schwitzt aber häufig bei Nacht, meistens in den Morgenstunden.

Befund bei der Aufnahme am 28./III. 1897: Mittelgross, mässig gut genährt. Der Krankheitsprocess localisirt sich hauptsächlich auf die Nase und die angrenzenden Wangenpartien, doch hat derselbe auch die Stirn, insbesondere die Partien oberhalb beider Augenbrauen, wenn auch in geringerem Masse, ergriffen. Innerhalb der leicht atrophischen, narbig veränderten Hautpartie erblickt man zahlreiche, theils lividrothe, Erbsengrösse nicht überschreitende Knötchen, theils grössere von Borken und Krusten bedeckte Infiltrate. Bei Ablösung der Auflagerungen treten nässende, leicht blutende, exulcerirte Stellen zu Tage. Die Form der Nasen- und Wangenaffectionen ist die eines Schmetterlings, ein leicht erhabener Wall, der bogenförmig auf beiden Wangen die Grenze gegen die normale Haut bildet, besteht zum grossen Theil aus Infiltrationen von verschiedener Grösse, die meist von Krusten und Borken bedeckt sind, zum Theil auch aus confluirten, wenig prominenten Knötchen. Auf der rechten Seite nimmt man ausserdem unregelmässige Narbenzüge wahr, die der lateralen Begrenzung beinahe parallel verlaufen.

Die Oberlippe in toto geschwollen, leicht geröthet, infiltrirt, weist im mittleren Antheile Borken und Krustenanflagerungen auf, während die peripheren Partien nur leicht schuppen.

Die Nasenflügel an ihrer Wangenansatzstelle narbig verkürzt. Die Nasenspitze unförmig angeschwollen, geröthet und infiltrirt. Das nicht perforirte Septum linkerseits von schlaffen Granulationen, rechterseits von blutig tingirten Krusten bedeckt.

Decursus:

Die Injectionstherapie wurde am 14. April mit einer Dosis von 0·000002 begonnen und erreichte am 23. August mit einer Dosis von 0·02 ihren Abschluss. Patientin erhielt im Ganzen 38 Injectionen.

Die erste Temperatursteigerung 38·0 trat nach einer Dosis von 0·002 am 12./V. auf. Die höchste 39·9 am 30./VI. nach einer Injection von 0·01.

Sehr starke Anschwellungen an den Injectionsstellen, namentlich gegen Ende der Behandlung. Zur Linderung der Schmerzen häufig Umschläge mit essigsaurer Thonerde nothwendig; Massage, um die Resorption zu befördern.

Schüttelfrost am 17./V. und 26./VI. Erythem am 18./V. Keine Erscheinungen von Seiten der Lungen.

Herderscheinungen:

23./IV. Exsudation im Bereiche der Gesichtsherde, starke Röthung derselben.

4./V. Herde im Gesichte weniger roth, stark schuppend, deutlich flacher.

7./V. Starke Röthung und Schuppenbildung der Gesichtsherde.

13./V. Röthung und Transsudation innerhalb der Herde.

19./V. Herde stark geröthet, schuppend.

15./VI. Abermalige Röthung der Herde im Gesichte.

Am 20./VII. wurde, da im Laufe des Monates keinerlei weitere Veränderungen an den Herden wahrnehmbar waren, zur Paquelinisirung der Herde geschritten. Normale Wundheilung.

Epikrise: Patientin vertrug die Injectionen anfänglich gut, als wir aber zu höheren Dosen kamen, traten recht erhebliche Temperatursteigerungen auf und schwollen die Injectionsstellen häufig stark an. Von einer Heilungstendenz konnte im vorliegenden Falle trotz erreichter Maximaldosis überhaupt nicht gesprochen werden. Ob Immunisirung eingetreten, können wir nicht angeben, da Patientin sich bisher nicht vorstellte.

Fall XII. K. A., 23 a. n., ledige Tagelöhnerin aus Tischnitz.

Diagnose: Lupus vulgaris.

Anamnese: Eine Schwester der Patientin leidet an Lungenschwindsucht, sonst keine hereditäre Belastung nachweisbar.

Als Kind litt Patientin an häufigen Augenkatarrhen und öfters an Schnupfen, das rechte Nasenloch sei immer verlegt gewesen. Im 13. Lebensjahre schwollen die Halsdrüsen an, vereiterten und heilten unter Narbenbildung. Die Affection an der Nase begann vor 4 Jahren in Form von kleinen Knötchen; kurze Zeit nachdem bemerkte sie auch den Erkrankungsprocess am rechten Unterkiefer. Patientin hustet nicht, schwitzt nicht bei Nacht.

Befund bei der Aufnahme am 29. März 1897:

Patientin klein, kräftig, gut genährt. Die äussere Gestalt der Nase bis auf einen kleinen Defect an der rechten Ansatzstelle des Nasenflügels

an die Wange vollständig erhalten. Dieser Defect ist durch Narbengewebe theilweise ersetzt, die rechte Nasenöffnung in Folge dessen leicht verzogen.

Das knorpelige Septum zum grössten Theil fehlend, die Schleimhaut des Naseninnern von blutig durchtränkten Krusten und Borken bedeckt, bei der Sondirung rauher Knochen. Auf der linken Wange eine 4½ Cm. lange, ½ Cm. breite Narbe, die theilweise mit der Unterlage verwachsen ist, in ihrem unteren Antheile ein erbsengrosses, von honiggelben Krusten bedecktes Infiltrat, dessen Umgebung lividroth und leicht schuppend erscheint.

Auf der rechten Wange ein sichelförmiges, kleineres, etwa 3 Cm. langes, braunrothes, ziemlich tiefes Infiltrat, von kleinen, blutig tingirten Borken bedeckt, stellenweise ulcerirt, stellenweise leicht schuppend. An der Peripherie desselben kleine, braunrothe Knötchen sichtbar. Mund- und Rachenschleimhaut normal.

Submaxillare und nuchale Drüsen etwas vergrössert. Auf der linken Halsseite unregelmässige Narben. Lungenbefund: normal. Körpergewicht 57 Kilo.

Am 2./IV. wurden die Herde mit dem Paquelin verschorft und die Injectionsbehandlung nur eingeleitet, um Patientin zu immunisiren und die eventuellen allgemeinen Erscheinungen zu beobachten.

Decursus:

Begonnen wurde die Behandlung am 14./IV. mit einer Dosis von 0·000002, beendet am 26./VII. mit einer Dosis von 0·014. Patientin erhielt 35 Injectionen.

Die erste Temperatursteigerung (40·2) trat am 17./V. nach einer Dosis von 0·006 auf, sonst erfolgte noch am 23./V. eine Temperatursteigerung bis 40·0 und bis 40·1 am 28./VI. An den Injectionsstellen häufig Reactionserscheinungen.

17./V. Auftreten eines umschriebenen Erythems an der Brust; Umgebung der Narben im Gesichte geschwollen und geröthet.

20./V. Auftreten eines Herpes labialis.

27./VI. Schlaflosigkeit, Oppressionsgefühl.

Am 3./VI. wurde auf der Wange ein Knötchen beobachtet, das im Laufe der Zeit deutlicher wurde.

Am 24./VII. wurde dieses Knötchen operativ entfernt.

Als Patientin am 28./VIII. entlassen wurde, war an beiden Wangen an Stelle der früheren Herde eine derbe Narbe getreten. Körpergewicht 58·50 Kilo.

Epikrise: Patientin vertrug, wie aus der Temperaturtabelle, wie auch aus den angeführten Allgemeinerscheinungen ersichtlich ist, die Injectionen schlecht. Ob das im Verlaufe der Behandlung sich bildende Knötchen bei der Operation übersehen worden ist, oder ob dasselbe ein

Recidivknötchen darstellt, müssen wir dahin gestellt sein lassen, soviel scheint aber sicher zu sein, dass die Tuberculininjectionen dasselbe in seiner Entwickelung nicht gestört haben. Da Patientin sich bisher nicht vorgestellt hat, können wir über den Erfolg der immunisirenden Wirkung noch nicht berichten.

Fall XIII. T. E., 55 a. n., verw. Taglöhnerin aus Teplitz.

Diagnose: Lupus vulgaris exulcerans faciei. Maculae corneae sinist.

Anamnese: Eltern der Patientin starben an Tuberculose. Vor fünf Jahren Brust- und Rippenfellentzündung. Patientin hustet nicht, schwitzt nicht bei Nacht. Vor einem Jahre Augenentzündung und starkes Thränen. Angeblich in Folge des Thränens kam es zu einer Röthung und Schrundenbildung der Wange, das Leiden verschlimmerte sich in letzter Zeit erheblich; vor 6 Wochen traten heftige Augen- und Kopfschmerzen auf.

Seit dem vorigen Jahre Menopause.

Befund bei der Aufnahme am 16. Mai 1897:

Patientin mittelgross, gracil gebaut, von mittlerem Ernährungszustande. Allgemeine Hautdecken blass. Die Haut der rechten Wange und des rechten Unterkiefers in einem ziemlich scharf begrenzten Bezirke lebhaft geröthet, stark infiltrirt, gespannt, nicht faltbar. Begrenzt wird dieser Bezirk durch eine Linie, welche vom äusseren Augenwinkel zum oberen Ansatz des Ohrläppchens verläuft, von hier vor dem Ohrläppchen zum Kieferwinkel, dann längs dem Zungenbein bis zur Mittellinie, dann umbiegend bis zur Mitte zwischen Kinn und Zungenbein und im Bogen zum rechten Mundwinkel geht, so dass das Kinn frei bleibt; weiter längs der oberen Lippenschleimhaut zur rechten Nasenöffnung, um diese herum (die Nasenspitze frei lassend) zur Mitte der Nase und dann zum inneren Augenwinkel und von da längs des freien unteren Lidrandes zum äusseren Augenwinkel zurück. Diese Begrenzungslinie wird von einem aufgeworfenen, infiltrirten Rande gebildet, der namentlich an der Nase am deutlichsten ist und stellenweise typische Lupusknötchen enthält. Serös durchtränkte lamellöse Schuppenauflagerung, stellenweise auch braungelbe Borke bis zu $^1/_2$ Cm. Dicke. Unter den Borken quillt Eiter hervor, mitunter findet man nach Entfernung derselben auch schlaffe Granulationen. In den nicht mit Borken bedeckten Partien sieht man unregelmässig gestaltete Narben.

Nasenathmung linkerseits erschwert, doch keine Krusten oder Borken sichtbar. Mund- und Rachenschleimhaut normal. Submaxillare Lymphdrüsen rechts geringgradig vergrössert.

Thorax lang, schmal. Ueber der rechten Lungenspitze etwas verkürzter Schall. Auscultatorisch nichts Abnormes.

Körpergewicht 49 Kilo.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Decursus:

Die Injectionen begannen am 23. Mai mit einer Dosis von 0·0001 und erreichten am 30. Juli mit einer Dosis von 0·006 ihren Abschluss. Zahl der Injectionen 20. Anfänglich nur geringe Infiltrate an den Injectionsstellen, ebenso nur minimale Röthungen an dem Gesichtsherde.

17./VI. Nach einer Injection einer Dosis von 0·0007 Schüttelfrost in der Nacht. Ueber faustgrosser Tumor an der Injectionsstelle, daselbst die Haut geröthet, gespannt, schmerzhaft. Starke Röthung des Gesichtsherdes.

25./VI. Temperatursteigerung bis 39·8. Diffuses Erythem über Brust, Rücken und Bauch. Grosse Abgeschlagenheit.

26./VI. Erythem im Schwinden, Haut abschuppend. Gesichtsherd sehr schmerzhaft.

28./VI. Erythem noch in geringem Grade vorhanden.

30./VI. Im Anschlusse an eine Injection von 0·0008 neuerliches Auftreten eines Erythems.

2./VII. Sehr starkes Erythem über den ganzen Körper verbreitet, von heftigem Jucken begleitet. Körpergewicht 52 Kilo.

Epikrise: Vorliegender Fall kann nur insofern Interesse beanspruchen, als im Anschluss an vier fast aufeinander folgende Injectionen ein Erythem auftrat. Ein Urtheil über die Wirkung des Tuberculins sich zu bilden, gestattet dieser Fall jedoch nicht, da Patientin aus socialen Gründen sich zu früh der Spitalsbehandlung entzog.

Fall XIV. N. J., 22 a. n., ledige Häuslerstochter aus Jaroměř.

Diagnose: Lupus vulgaris faciei.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Affection begann vor acht Jahren an der Nase. Patientin war ihres Leidens wegen wiederholte Male in Spitalsbehandlung. Das letzte Recidiv trat Weihnachten 1896 auf; damals bildeten sich auch unter häufigem Schnupfen Wucherungen in der rechten Nasenhälfte, die das Athmen erschwerten. Patientin hustet nicht, schwitzt nicht bei Nacht. Menses in Ordnung.

Befund bei der Aufnahme am 29./III. 1897:

Patientin mittelgross, gracil gebaut, gut genährt. Die Nase ähnelt in ihrer Form einem Papageischnabel, da ihre Spitze durch Narbencontractur nach unten gezogen ist. Der linke Nasenflügel nur noch in Resten erhalten, das entsprechende Nasenloch durch narbige Veränderungen auf einen circa 2 Mm. breiten und 8 Mm. langen Spalt verengt.

Der Nasenrücken in seiner ganzen Ausdehnung stark geröthet. Diese Röthung setzt sich nur einige Millimeter weit auf dem rechten Nasenflügel fort, während sie sich nach links über den Nasenflügel hinaus erstreckt, die Wange bis zur Hälfte ergriffen hat und nach oben am

os zygomaticum, nach unten an der Nasolabialfurche ihren Abschluss findet. Innerhalb dieser gerötheten Partie ist die Haut narbig verändert. Die Narbe ist derb infiltrirt, stellenweise strahlig, am Rande derselben vereinzelte braunrothe, stecknadelkopfgrosse, nicht sehr derbe Knötchen.

Unterhalb des Kinnes eine lividrothe Narbe, in deren centralem Theile ein wulstförmiges Infiltrat mit eingestreuten Knötchen sichtbar ist.

Zwei weissliche Narben vor dem linken Ohre, eine unregelmässig gezackte Narbe über dem linken Malleolus, alle drei ohne Knötchen.

Die beiden Nasenöffnungen von blutig tingirten Borkenmassen verlegt. Das Septum nicht perforirt.

Circa 1 Cm. von der Nasenspitze entfernt, auf der rechten Seite des Septums eine hirsekorngrosse, leicht blutende Granulationsbildung.

Am harten Gaumen etwa 1 $^1/_2$ Cm. hinter der Zahnreihe ein kreuzergrosser von schlaffen Granulationen bedeckter Erkrankungsherd.

Lungenbefund: normal.

Im Harn kein Eiweiss, kein Zucker. Körpergewicht 56 Kilo.

Am 31./III. wurde der Nasenherd mit dem Paquelin zerstört. Beim Beginn der Injectionstherapie hatte der Brandschorf sich zum grössten Theile bereits abgestossen.

Decursus:

Begonnen wurden die Injectionen am 10./IV. mit einer Dosis von 0·000002, beendet am 16./VIII. mit einer Dosis von 0·020. Zahl der Injectionen 41.

Die erste bedeutende Temperatursteigerung 38·2 erfolgte am 8./V. bei einer Dosis von 0·0006, die höchste Temperatursteigerung 40·8 trat nach der 25. Injection bei einer Dosis von 0·007 am 4./VI. ein.

Im Anschlusse an diese letzterwähnte Injection traten drei Stunden nach derselben bereits Cyanose des Gesichtes, Schüttelfrost und starke Kopfschmerzen auf.

Rasselgeräusche auf der Lunge wurden nicht beobachtet.

Am 12./IV. und 6./IV. Spuren von Eiweiss im Harne.

Die Injectionsstellen rötheten sich constant, waren meistens infiltrirt und schmerzhaft.

Die ersten Erscheinungen an den Krankheitsherden bestanden in Röthung, es war alsdann am 19./IV. bereits eine geringe Abflachung der Herde wahrnehmbar.

26./IV. Das diffuse Infiltrat der Nase weicher geworden, der atrophische linke Nasenflügel dunkelroth gefärbt.

7./V. Der linke Wangenherd stark geröthet.

17./V. Starke Röthung beider Wangen.

Derartige Röthungen der Lupusherde im Anschluss an die Injectionen wurden noch wiederholte Male beobachtet, doch traten nur sehr geringgradige Veränderungen an den Krankheitsherden auf, einzelne veränderten sich im Laufe der Injectionen gar nicht, so der Herd am harten Gaumen, bei anderen war nur eine Abflachung der Knötchen und eine Verminderung des Infiltrates wahrnehmbar. Körpergewicht 58 Kilo.

Ende December stellte Pat. sich mit frischen Knötchen im Wangenherde und auf der Nase wiederum vor.

Epikrise: Bei dieser Patienten war trotz 41 Injectionen und Erreichung der Maximaldosis von 0·020 keine merkliche Besserung des Krankheitsprocesses zu verzeichnen, auch eine Immunisirung war nicht eingetreten, wie aus dem Recidiv ersichtlich.

Fall XV. M. M., 30 a. n., Taglöhnerin aus Gebirgsneudorf.

Diagnose: Lupus vulgaris faciei et nasi.

Anamnese: Beginn des Leidens vor 6 Jahren unter Bildung von Knötchen an der Nasenspitze. Patientin liess sich dieselben wiederholte Male ausbrennen, doch traten stets wieder Nachschübe auf; vor drei Jahren bildeten sich ähnliche Knötchen auch am linken Jochbogen und am Kinn. Vor zwei Jahren Anschwellung des rechten Schultergelenkes ohne bekannte Ursache; seit einem Jahre Anschwellung des rechten Knies. Schmerzen in den Gelenken treten nur bei grossen Anstrengungen auf.

Im 17. Lebensjahre Typhus durchgemacht, sonst nie krank gewesen. Keine hereditäre Belastung.

Befund bei der Aufnahme am 6./III. 1897:

Patientin mittelgross, kräftig gebaut, gut genährt. An der Stirn unter der Stirnhaargrenze drei über die Haut erhabene, mit dieser verschiebliche, lividverfärbte, Erbsengrösse nicht überschreitende, an der Spitze eine gelbliche Borke tragende Knoten.

Auf der linken Wange dicht unterhalb des Augenlides die Haut narbig verändert, von Knötchen durchsetzt. Vier dieser Knötchen marquiren scheinbar auf der Haut die Ecken eines Rhombus. Nur durch eine schmale Brücke normaler Haut getrennt dicht unterhalb des äusseren Augenwinkels ein ähnlich beschaffener Erkrankungsherd, nur dass hier die Infiltration eine grössere ist und die Knötchen vorwiegend in den Randpartien vorhanden sind. Die Haut der Nasenspitze geröthet, infiltrirt, von gelblich-weissen Borken bedeckt. Die Röthung und Infiltration lässt sich noch längs des Nasenrückens ungefähr bis zur Hälfte desselben verfolgen und hat die Nasenflügel beiderseits in ihren unteren Abschnitten ergriffen. Innerhalb der erkrankten Partie, doch hauptsächlich an den Begrenzungslinien zur normalen Haut, zahlreiche Knötchen sicht- und tastbar. Der obere Antheil des linken Ohrläppchens narbig verändert, zahlreiche Knötchen längs des freien Randes. Unterhalb des Kieferwinkels rechts eine etwa $1\frac{1}{2}$ Cm. lange, 1 Cm. breite mit der darunter liegenden Lymphdrüse verwachsene Hautnarbe; Knötchen in der Randpartie. In der Höhe des 5. Halswirbels zwei die Form von Dreiecken besitzende Hautnarben von circa 2 Cm. Höhe und Basis, deren Begrenzung durch aneinandergereihte Knötchen gebildet wird. Die Narben sind derb, oberflächlich schuppend. Das rechte Knie stark angeschwollen;

Patella nicht ballotirend, die Gruben um dieselbe verstrichen. Bewegung des Knies schmerzlos, nur geringes Reiben.

Lungen: Rechte Spitze leicht gedämpfter Schall und abgeschwächtes Athmen.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker. Körpergewicht 67 Kilo.

Decursus:

Die Injectionen wurden am 14. April mit einer Dosis von 0·000002 begonnen und erreichten am 18. August mit einer Dosis von 0·02 ihren Abschluss. Patientin erhielt im Ganzen 39 Injectionen.

Die erste erhebliche Temperatursteigerung 39·6 trat am 17./V. nach einer Dosis von 0·006 ein. Die höchste Temperatursteigerung (39·9) erfolgte nach der letzten Injection am 13./VIII. bei einer Dosis von 0·02. Keine Erscheinungen von Seiten der Lunge. Erhebliche Reactionserscheinungen an der Injectionsstelle. Mehrere Male klagte Patientin im Anschluss an eine Injection nicht bloss über Schmerzen an der letzten Injectionsstelle, sondern auch an allen früheren.

An den Krankheitsherden folgende Veränderungen:

16./IV. Juck- und Spannungsgefühl an den leicht gerötheten Nasenherden.

23./IV. Heftiges Jucken und Kribbeln an den meisten Herden, von denen einzelne stärker geröthet sind.

26./IV. Starke Röthung der Herde am Jochbogen. Seröses Exsudat.

30./IV. Geringe Abflachung der Herde.

12./V. Starke Schuppung, einzelne Herde fast im Niveau der umgebenden Haut.

17./V. Schüttelfrost. Umgebung der Herde stark geröthet. Schwellung des rechten Kniegelenkes, heftige Schmerzen bei der Bewegung.

19./V. Starke Schuppung der Herde.

21./V. Nakenherde ganz abgeflacht, zarte Narbenbildung. 23./V. Schüttelfrost.

15./VI. Die Herde und ihre Umgebung intensiv geröthet.

25./VI. Herde abgeflacht und eingesunken.

27./VI. Starke Schmerzen im Kniegelenke, die seit dem 17./V. eigentlich nie ganz geschwunden, waren mit erneuerter Heftigkeit aufgetreten.

Da vom 25./VI. an keine weitere Besserung eintrat, die Knötchen nirgends vollständig schwanden, wurde am 20./VII. die Paquelinisirung der Krankheitsherde vorgenommen.

Die Heilung der durch die Operation gesetzten Wunden erfolgte normal. Körpergewicht war um 1 Kilo gestiegen.

Epikrise: Besserung, doch keine Heilung des Processes. Infolge der Injectionen kam es zu einer Verschlimmerung der tuberculösen Knieaffection, zu einem Wiederaufflackern eines bereits zur Ruhe gelangten Processes.

(Fortsetzung folgt.)

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 17. November 1897.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Rille demonstrirt einen Fall von Morphiumsucht mit ausgedehnten Infiltrat- und Narbenbildungen an der Haut. Bei der 42jährigen, durch die Freundlichkeit der Primarärzte Pfleger und Linsmayer zur Demonstration überlassenen Pfründnerin bestehen an Ober- und Unterextremitäten, an der Streckfläche noch etwas reichlicher als an der Beugefläche ausgebreitete, sowohl mehr recente, als narbige Veränderungen. Die Narben, welche an Zahl überwiegen, sind grösstentheils länglichoval conturirt, über bohnengross, hellroth oder livide gefärbt, vielfach noch infiltrirt, mitunter keloidartig oder sie sind älteren Datums und dann hellweiss bis blassbraun, auch mehr kreisförmig, weicher und faltig, so namentlich an den Oberschenkeln. Dazwischen finden sich zumal an den Armen, woselbst die Haut im Ganzen geschwellt ist, eine grosse Zahl von erbsen- bis über haselnussgrossen, schmerzhaften Knoten und Infiltraten, die dunkellivide und braunroth gefärbt und mit dunkelbraunen Borken bedeckt sind, einzelne auch zu flachen Ulcerationen zerfallen. An den Unterextremitäten ist die Haut in Folge der dichten Anordnung und Confluenz der Narben stellenweise derb und lederartig, ebenso am Abdomen und gegen die Magengrube hin. Die Hände sind gänzlich frei. Die Kranke ist abgemagert, die Gesichtshaut fahlgrau, die Zunge belegt, die Pupillen sehr eng, Patellarreflexe normal. Bei oberflächlicher Besichtigung könnte man an eine inveterirte Lues, nach Art der endemischen Formen, der Radesyge u. dgl., an ein rupiaartiges tuberocrustöses Syphilid denken. Dafür würde nur die Farbe und die Krusten, dagegen aber die Vertheilung, das Fehlen von Gruppen- und Serpigobildung sprechen und vor Allem die infiltrirten derben Narben, von denen nur einige wenige am Oberschenkel an Gummanarben erinnern. Noch geringer wäre die Aehnlichkeit mit Bromexanthem.

Die Kranke ist seit 18 Jahren Morphinistin. Damals litt sie an einer sehr schmerzhaften Erkrankung der Uterusadnexe, gegen welche sie von einem Arzte zwei Jahre lang, mitunter zweimal täglich, injicirt wurde; später bekam sie die Spritze selbst in die Hand. Die ersten Jahre injicirte sie sich am Abdomen und den Schenkeln mit Aufhebung einer Hautfalte, demnach mit Zuhilfenahme beider Hände, seit 6 Jahren an den Oberextremitäten, hier natürlich nur mit einer Hand. Der Rücken

ist intact, obwohl dieser von den Morphinisten sonst auch benutzt wird, indem sie mit einer Hand über die Schulter der anderen Seite greifend sich die Injection machen. Gegenwärtig sind alle erreichbaren Stellen dicht besetzt mit schmerzhaften Knoten und Infiltraten, so dass die Kranke in Verzweiflung ist, wo sie weitere Einspritzungen anbringen soll. Sie injicirt 2 bis 3 Mal täglich, 3 bis 4 Spritzen auf einmal und sticht dabei jedesmal von neuem die Nadel unter die Haut und bringt sich also täglich etwa 10 Stiche bei. Mit 1 Gr. Morphin reicht P. 2 bis 3 Tage aus. Zu erwähnen ist noch die gute Beschaffenheit der Zähne, da Erlenmeyer bei Morphiumsucht spontanen Ausfall ganz gesunder Zähne, ähnlich wie bei Tabes (vgl. die Demonstration des Vortragenden vom 25./X. 1896), gleichwie Abbröckeln des Schmelzes beobachtet hat. Die in Rede stehenden Hautveränderungen kommen direct als Folge der Verletzung mit der mangelhaft oder gar nicht gereinigten Spritze zu Stande und nicht etwa, wie auch geglaubt wurde, durch eine zu concentrirte Morphiumlösung, ferner durch zu oberflächliches, mehr intracutanes Einstechen, endlich mag bis zu einem gewissen Grade individuelle Disposition eine Rolle spielen, da man häufig trotz unreinlicher Instrumente solche Zufälle nicht sieht; Sorgfältig zu Werke gehende Morphinisten weisen auch bei jahrelangem Spritzen keinerlei Stigmata an der Haut auf. Jedenfalls gehört ein Fall von solcher Extensität zu den grossen Seltenheiten; so war ein im Hôpital Saint-Louis von Fournier und Gastou Beobachteter, dessen Abbildung R. vorzeigt, lange nicht so weit vorgeschritten. In diesem letzteren war die Morphiumsucht mit Cocainismus combinirt, da man eine zeitlang im Cocain ein Antidot und Heilmittel der Morphiomanie gefunden zu haben meinte. Bekannt ist, dass Morphium zumal bei innerlichem Gebrauche auch Nebenwirkungen an der Haut entfalten kann, von denen Erytheme, Urticaria, exfoliirende Dermatitis und lichenoide Eruptionen, ferner Gangrän und Acne rosacea beschrieben wurden, endlich gibt Erlenmeyer an, dass Ekzeme und Psoriasis bei Morphinisten zu schwinden pflegen, um mit der Entziehungscur wieder hervorzutreten. In einem Falle von Breton acquirirte ein Morphinist durch die vorher von seiner luetischen Maitresse gebrauchte Spritze eine extragenitale Sclerose und war das hernach aufgetretene lenticulär-papulöse Syphilid genau den Stichwunden gemäss localisirt.

Kaposi meint, ein solcher Fall müsse daraufhin analysirt werden, ob aus dem Befund allein die Diagnose einer arteficiellen Affection möglich wäre. Syphilis ist mit Rücksicht darauf zurückzuweisen, dass es sich offenbar um einen Entzündungsprocess handelt, der in allen Stadien vom einfachen Infiltrat bis zur Narbe zu verfolgen ist. Es ist aber keine gewöhnliche Entzündung, wie etwa die Acne, weil die Localisation derselben nicht entspricht, es muss sich also um eine künstlich erzeugte Entzündung handeln. K. demonstrirt das Bild einer ähnlichen Stigmatosis eines Morphinisten, der sich an allen erreichbaren Stellen injicirte, nur in der Leistenbeuge nicht, da er ein Bruchband trug. K. erinnert sich an eine Frau, deren Injectionsinfiltrate lange Zeit für Gummen gehalten wurden.

Lang betont, dass bei der Diagnose hauptsächlich die Localisation an erreichbaren Stellen zu beachten ist. L. hat eine Patientin gesehen, die in Abwesenheit L's. die Assistenten zu täuschen wusste, indem sie sich eine pemphigusähnliche Affection erzeugte, wie sich später herausstellte durch Lytta vesicatoria.

Deutsch stellt aus der Abtheilung Prof. Lang 1. ein 15jähriges Lehrmädchen vor, welches im Sommer daselbst operirt worden war. Damals bestand Lupus tumidus an der rechten Wange in mehr als Handflächenausdehnung und ein bandartiger Herd an der rechten Stirnseite. Es wurde zunächst in Chloroformnarcose der Lupus der Wange exstirpirt, wobei der grössere Theil des Lidrandes sammt dem Cilienbesatze als lupös infiltrirt, mitgenommen werden musste. Zur Deckung dieses Defectes wurde ein Lappen von der Unterkinngegend abpräparirt und nach oben gedreht, das obere Ende des Lappens den Contouren des Lides angepasst und mit feinen Knopfnähten daselbst vereinigt. Da der Lappen schon aus Ernährungsrücksichten nicht breit genug gewonnen werden konnte, blieb ein medialer und lateraler Antheil des Defectes vorderhand ungedeckt. Beim ersten Verbandwechsel zeigte sich, dass das oberste Ende des Lappens necrotisch geworden war. Nach Entfernung des necrotischen Gewebes wurde abermals in Narcose der Herd a. d. Stirne exstirpirt, und der neue Defect sowohl als der früher erwähnte laterale und mediale Antheil, sowie die Entnahmstelle am Halse nach Thiersch gedeckt. Doch heilten die Epidermislamellen bloss an Stirne und Hals an, an den anderen Stellen wurden sie, muthmasslich in Folge der starken Secretion, die der Necrose entsprach, weggeschwemmt. In der nächsten Zeit begnügten wir uns mit Application eines blossen Salbenverbandes, bis die Secretion eine geringe geworden war. Dann schritten wir (in Narcose) an die plastische Deckung des unteren Augenlides. Es wurde zu diesem Zwecke ein gestielter Lappen der linken Stirnhälfte entnommen, da die bequemere rechte Stielhälfte ja kürzlich erst von Lupus befreit worden war, was eine Stirndrehung von vielleicht 200° zur Folge hatte. Der Defect an der Stirne wurde mittels Nähten vereinigt. Der Lappen heilte tadellos an. Patientin wurde bald darauf entlassen mit der Weisung, sich im Herbste zur Correctur einiger Kleinigkeiten wieder einzustellen. Es hatte sich nämlich an der Nasenwurzel in Folge der starken Torsion eine bürzelförmige Hautfalte gebildet, eine ähnliche kleinere am Unterkieferwinkel und ein geringes Ectropium. Die erwähnten Hautfalten wurden vor 14 Tagen excidirt und die Excisionsstellen vernäht. Zur Behebung des Ectropiums wurde ein wangenwärts leicht convexer Schnitt vom äusseren Augenwinkel in der Richtung gegen den Nasenflügel hin geführt, der ursprüngliche Wangenlappen etwas abpräparirt, ein Stückchen der Thierschnarbe am äusseren Augenlid entfernt, der Lappen gehoben und mit einigen Nähten aussen vom Augenwinkel befestigt. Auch aus dem nasenwärts gelegenen Antheile der Thierschnarbe war ein Stückchen excidirt worden. In den Defect wurden die kleinen Hautstückchen, welche die beiden entfernten

Bürzel lieferten, eingepflanzt und hafteten. Die Patientin wird mit behobenem Ectropium als geheilt vorgestellt.

Kreibich demonstrirt die in der vorletzten Sitzung vorgestellte Pat. mit Carcinom der Oberlippe auf lupösem Boden. Excision der Oberlippe, Deckung des Defectes mit zwei Wangenlappen. Die Narcose verlief trotz narbiger Veränderungen an der Epiglottis und dadurch bedingter hochgradiger Stenose gut.

Ehrmann demonstrirt einen Fall, der an den seinerzeit von Hofrath Neumann vorgestellten Fall von creeping disease erinnert. Pat. erkrankte, als er von den Manövern zurückkehrte, wo er längere Zeit auf dem Erdboden gelegen sein soll. Ueber der linken Scapula trat eine juckende Affection auf, in Form einer Schwellung, Röthung, zu der bald Exsudation, Krustenbildung hinzutrat. Der Rand war leistenförmig vorspringend und zeigte ein rasches Fortschreiten in Form von Gyris etwa $^1/_2$ Cm in einer Stunde. Gegenüber dem Falle Neumann's zeichnet sich der Fall durch die Bläschenbildung aus. Wo es zu Rückbildung kommt, schwillt die Haut ab, es bleibt eine Pigmentirung. Der Bläscheninhalt enthält Staphylococcen und Schimmelpilze, mehrere excidirte Stücke wurden noch nicht untersucht.

Neumann bemerkt hiezu, dass in seinem citirten Falle, der Parasit bei Tage nur wenig vorwärts kroch, namentlich um Mitternacht konnte jedoch das Fortschreiten der Gänge beobachtet werden, in einer Stunde etwa $^1/_2$ Cm. Um die aufgeworfenen Leisten entwickelte sich ein gerötheter ödematöser Hof. Dass es sich um einen thierischen Parasiten handelt, ist gar kein Zweifel. Es wurde versucht, denselben mit der Nadel herauszuheben, man kam jedoch nicht zum Ziele. Pat. wurde daher narcotisirt und ein thalergrosses Stück ausgeschnitten, worauf an der Stelle kein Fortschreiten mehr beobachtet wurde, während an anderen Stellen der Process weiter schritt. Bei der histologischen Untersuchung wurde bisher nichts gefunden. Vielleicht handelt es sich um eine Aristolochia-art. Gegenüber dem Falle Ehrmann's fehlten bei dem Falle N.'s die Pigmentirungen.

Neumann demonstrirt:

1. einen 33jährigen, schon im Vorjahre demonstrirten Pat. mit Atrophia cutis idiopathica diffusa. Die Haut schmutzigbraun, entsprechend dem narbig atrophischen Papillarkörper glänzend weisse, polygonale Flächen, besonders an Bauchwand und Genitale. An Brust, Rücken, Nates die Haut gefältelt, wie zerknittertes Cigarettenpapier, an den Unterschenkeln straff gespannt, nicht faltbar. Der Kranke hat seit 4 Monaten um 7 Kg. an Körpergewicht verloren. Es ist das keine idiopathische, sondern secundäre Atrophie nach einem, hauptsächlich im Papillarkörper sich abspielenden Entzündungsprocess.

Kaposi erinnert an einen Fall von Atrophia cutis idiopathica, bei dem binnen wenigen Monaten kolossale Lymphome in der Inguinal-Submaxillargegend etc. auftraten. Dabei bestand auch abnorme Schleimsecretion der Schleimhäute und unter starker Hyperhidrosis und

Diarrhoeen nebst rapidem Kräfteverfall trat der Tod ein. Auch auf dem Moskauer Congress wurde ein Fall vorgestellt.

Für diese Affection gibt es wahrscheinlich verschiedene Ursachen. Im Falle Pospieloff's waren locale Traumen als Ursache nachweisbar, in anderen Fällen scheint die Atrophie analog einer senilen Atrophie mit den allgemeinen Ernährungsstörungen Schritt zu halten. Wieder in anderen Fällen entwickeln sich pseudoleukämische und leukämische Tumoren, vielleicht auch Veränderungen der Follikel im Darm, daher Diarrhoeen.

Neumann bemerkt, dass bei Vergleichung der Affection mit der senilen Atrophie manche Analogien gefunden werden, so die glasartige Verquellung der Cutisfasern, die Schrumpfung des Papillarkörpers, der Verlust der Haare, Rarefication der Drüsen. Auffallend ist jedoch die narbige Veränderung der tieferen Partien. Diagnostisch von grosser Wichtigkeit ist die Felderung, die gewiss an Ichthyosis simplex erinnert, doch entsprechen Verlauf und Localisation derselben nicht.

Deutsch demonstrirt aus der Abtheilung Lang anschliessend einen Fall von circumscripter Atrophie der Stirnhaut.

Kaposi hält die Affection für Sclerodermie im Stadium der Atrophie, wofür der speckige Glanz der centralen, eingesunkenen Partie spricht.

Lang hat an Sclerodermie gedacht, jedoch keinen Anhaltspunkt für vorausgegangene Sclerodermie gefunden. Die Begrenzung in der Medianlinie scheint jedoch eher für eine trophoneurotische Ursache zu sprechen.

Kaposi entgegnet, dass auch Sclerodermie mit halbseitiger Begrenzung vorkommt. Sie wurde auch so wie Herpes zoster genau dem Verbreitungsgebiet eines Hautnerven entsprechend beobachtet. Doch beweist das noch nicht den neurotischen Ursprung dieser Affectionen, da, wie Pfeifer, der sich damit vielfach beschäftigt, nachgewiesen, für den grössten Theil des Körpers die Arterien mit den Nerven parallel verlaufen.

Neumann demonstrirt:

1. einen 35jährigen Arbeiter mit Syphilis maligna. Multiple ulcerös zerfallene Gummen, ein kreuzergrosses über dem 2. Augenbrauenbogen, eines an der rechten Nasolabialfurche, kleinere an der Oberlippe. Ein guldenstückgrosses, vom rechten Gaumenbogen auf die seitliche Pharynxwand übergreifend. An verschiedenen Körperstellen Narben mit Pigmentsaum.

Das rechte Kniegelenk, das rechte Metatarsophalangealgelenk der grossen Zehe zeigen Erguss, darüber Schwellung. Syphilis besteht seit Herbst 1895. Behandlung des papulo-pustulös-ulcerösen Exanthems mit 38 Haemolquecksilberpillen, 28 Einreibungen, 3 Injectionen mit Kali hyposulf., 48 Dct. Zittmann und Jodkali. Schon damals unter Fieber Schwellung der Gelenke. Ein Gesichtserisypel brachte die Efflorescenzen rasch zur Involution. Bald traten ulceröse und Rupiaformen auf.

2. einen 27jährigen Pat. mit Gummen beider Hoden. Der rechte ist seit 2 Jahren, der linke seit 1¼ Jahren erkrankt, gegenwärtig beide von Faustgrösse, Nebenhoden und Samenstränge verdickt. Der linke Hoden mit der Haut verwachsen, die 2 Fistelöffnungen zeigt.

3. zwei Kinder mit Syphilis:

a) ein 11jähriges Mädchen mit thalergrossem Geschwür der Oberlippe und Naseneingang, das Septum cartilagineum zerstört. Nase abgeplattet, über der rechten Schulter flachhandgrosse, weisse, scharf begrenzte Narbe. Infection angeblich durch die Amme.

b) ein 12jähriges Mädchen. Am linken Nasenflügel linsengrosses Geschwür, knorpelige Nasenscheidewand fehlend, Nasenschleimhaut soweit sichtbar mit Geschwüren bedeckt. Infection durch eine jüngere Schwester die von der Amme inficirt wurde.

4. eine 19jährige Hilfsarbeiterin mit aphtösen Geschwüren der grossen und kleinen Labien. Bei der Aufnahme am 12. Nov. bestanden dichtgedrängte, oberflächliche Substanzverluste mit festhaftendem Belag. Inguinaldrüsen haselnussgross. Unter 1% Carbolverband hat sich der Belag abgestossen. Im Eiter reichlich Staphylococcen.

Kaposi demonstrirt:

1. eine Patientin mit Bromacne. Im unteren Drittel des linken Unterschenkels drei confluirende Herde, zum Theil lochförmige Substanzverluste tragend, dazwischen schmutziggelbe Massen, ringsum einzelne Pusteln. Es ist eine Bromacne mit dem Charakter des Follicularabscesses ohne fungöse Wucherungen. Die Patientin nimmt gegen ihre nervösen Zufälle messerspitzweise Brom.

Neumann erinnert daran, dass die Bromacne zu Verwechslungen Anlass bietet, so mit Carcinom. Vor kurzer Zeit sah er einen Patienten, der wegen Epilepsie Brom nahm und ausgedehnte Bromacne bekam, so dass er vor Schmerzen nicht gehen noch liegen konnte. Sowie damit ausgesetzt wurde, kamen jedoch die Anfälle wieder. Pat. erschoss sich.

Kaposi demonstrirt

2. einen Fall von Lupus erythematosus acutus. Rothe, stecknadelkopfgrosse bis linsengrosse Knötchen an der Nase, Wange, Ohrmuschel, Handrücken, keine einzige narbig veränderte Stelle. An der Lippen-Wangenschleimhaut nichts. Einzelne Efflorescenzen zeigen in der Mitte die festhaftende Epidermisschuppe.

3. den Fall von Keratosis nigricans. Das Eczem hat abgenommen. Vielleicht ist doch die Erkrankung in der Achselhöhle auf Hyperhidrosis, ebenso die in der Inguinalgegend und an der Oberlippe auf Maceration der Haut zurückzuführen. Es ist jedoch unklar, warum, wo sonst Eczem aufzutreten pflegt, hier Keratosis entsteht.

Rille bemerkt, dass Hyperhidrosis ein gewöhnlicher Befund bei Acanthosis nigricans sein dürfte, obschon dies Heuss am Moskauer Congresse bestritten und sogar als differentialdiagnostisches Moment gegenüber der Darier'schen Psorospermose hervorgehoben hat.

Speciell in dem von R. beobachteten Falle war die Schweisssecretion in der Axilla, wo die Hautveränderungen am vorgeschrittensten waren, eine abundante. Merkwürdig ist, dass bei den meisten der bisher publicirten circa 24 Fälle Carcinom der Unterleibsorgane angegeben wird und frägt Rille, ob nicht auch die demonstrirte Kranke, namentlich in Hinsicht auf ihr Alter, darauf untersucht worden sei. In seinem Falle, der ein junges, blühendes Mädchen betraf, war hiervon allerdings keine Rede.

Kaposi hat bisher dabei kein Carcinom beobachtet; die Statistik der publicirten Fälle beweise nichts, da ja nicht Alles publicirt wird.

Kreibich demonstrirt

4. den bereits vorgestellten Fall von Lepra aus Montenegro, der mit Seruminjectionen behandelt wird. Nach 6 Injectionen ist die Allgemeinreaction ziemlich mässig, geringe Fiebersteigerung, nachher profuse Schweisse. Nach Injection in die erkrankten Partien erisypelartige Schwellung, Röthung. Lepröse Veränderungen fortbestehend.

5. den mehrmals demonstrirten Fall von Melanosis cutis nach Arsenbehandlung, das Eczem nässt nicht mehr.

Sitzung vom 1. December 1897.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Neumann demonstrirt

1. ein 5 Monate altes luetisches Kind. Die Athmung durch die Nase ist schnaufend, schnarchend, der Nasenrücken etwas eingesunken, Cilien und Augenbrauen in spärlicher Zahl vorhanden, die Lippen mit dichten, dunkelbraunen Borken und Krusten belegt. An den Labien, in der Genitocruralfurche und Analgegend dicht gedrängte, bis linsengrosse, fleischfarbige, leicht über das Hautniveau erhabene Efflorescenzen, welche insbesonders ad nates zu einem mehr diffusen Infiltrat confluirt sind. Besonders auffallend sind an den Unterschenkeln helle, grosse, scheiben- und ringförmige Infiltrate, deren Mitte narbenartig weissglänzend und leicht eingesunken erscheint, während das ringförmige Infiltrat aus miliaren Efflorescenzen hervorgegangen ist. Ausserdem Psoriasis palmaris und plantaris syphil. In Anbetracht des Gesammtsymptomencomplexes muss man das Kind für hereditär-syphilitisch halten. Die gesunde Amme wurde vom Kinde inficirt und zeigt einen syphilitischen Primäraffect von sechswöchentlicher Dauer an der rechten Brustwarze mit Drüsenschwellung in der Axilla.

2. zwei 27jährige Patientinen mit orbiculären Syphiliden am Nacken, beziehungsweise an der Kopfhaut.

Kaposi meint, man müsse bezüglich des Kindes mit hereditärer Syphilis sich die Frage stellen, wie sich der praktische Arzt zu verhalten hätte, wenn entschieden werden soll, ob die Amme vom Kinde oder dieses von ihr inficirt worden sei, besonders wenn im selben Zeit-

punkt die Eltern des Kindes keinerlei Zeichen von Lues darbieten. Es handelt sich also um die Frage, ob das Alter der Affection bestimmt werden kann und welche Affection, die bei der Amme oder die beim Kinde als die ältere erscheint.

Wenn ein Kind gut entwickelt ist und syphilitische Affectionen zeigt, wird das gegen eine hereditäre Lues sprechen. Wenn die Amme nur an einer Warze afficirt ist und keine Allgemeinerscheinungen zeigt, so wird das für eine recente Erkrankung sprechen.

Ullmann empfiehlt auch in allen Fällen, in denen bei Kindern nicht mit voller Sicherheit eine Hautaffection als luetisch diagnosticirt werden kann, das Kind künstlich ernähren zu lassen.

Kaposi bemerkt, dass dies überflüssig ist, da es gewöhnlich möglich ist, exacte Diagnosen zu stellen.

Neumann stimmt dem bei. Auch im vorliegenden Fall wäre die Diagnose mit Sicherheit zu stellen. Die Amme ist nur an einer Brust inficirt, hat Drüsenschwellung in der gleichseitigen Axilla, sonst keine Drüsenschwellung, kein Exanthem. Das deutet auf eine kurzdauernde Erkrankung. Das Kind hat ein orbiculäres Syphilid, was auf mindestens dreimonatliche Erkrankung hinweist.

In einem anderen Falle, in dem das syphilitische Kind eine Grossmutter inficirt hatte, prüfte N. das Colles'sche Gesetz, indem er die ganz symptomfreie Mutter mit Sclerosen- und Papeleiter impfte. Die Mutter zeigte sich thatsächlich immun.

Dr. Freund macht für den abwesenden Dr. Hochsinger Mittheilung über einen von Letzterem beobachteten, in Publication begriffenen Fall, der, eine scheinbare Ausnahme vom Colles'schen Gesetz, für diese Frage Bedeutung besitzt. (Siehe Wiener medicinische Wochenschrift 1897. Nr. 50.)

Neumann demonstrirt

3. einen 24jährigen anämischen und herabgekommen aussehenden Kranken mit tuberculösen Geschwüren im Rachen. An der Basis des rechten Gaumenbogens ein bohnengrosses Geschwür mit drüsig unebenem, gelblich-eitrigem Grunde und dunkel lividen, nicht aufgeworfenen Rändern, die noch von einem schmalen, hellrothen Hof umsäumt sind. Ein ähnlich beschaffenes, linsengrosses Geschwür findet sich auch am linken Gaumenbogen. Das knöcherne Nasenseptum und die untere Nasenmuschel ist zum Theil destruirt, dicht eitrig belegt. Alle tastbaren Lymphdrüsen geschwellt. Vor 2 Jahren soll der Pat. in Buenos-Ayres Syphilis acquirirt haben und wurde seither wiederholt dagegen behandelt. Dermalen leidet er an nächtlichen Fieber- und Schweissanfällen.

Kaposi hat auch auf dem internationalen Congress in Moskau gesagt, dass die Diagnose Tuberculosis miliaris cutis aus dem klinischen Befund allein gestellt werden kann.

Deutsch stellt aus der Abtheilung des Herrn Prof. Lang

zwei Fälle von behobener Synechia glaudis cum praeputio: Wir gebrauchen a. d. Abtheilung für solche fast totale Verwachsungen

den Ausdruck „Sympostbion" analog dem Symblepharon der Ophthalmologen. Nach Loslösung der Verwachsungen wurde der freie Rand des Präputium in die blutende Fläche hinter dem Sulcus eingenäht. Trotz der relativ späten Entfernung der fortlaufenden Naht, die ja doch nur den Zweck hatte, die Wiederaneinanderlagerung der blutenden Flächen zu verhindern, kam es doch im ersten Falle abermals zu Adhäsion, deshalb wurden nach ihrer Behebung die epidermisfreien Stellen mit Thiersch'schen Läppchen belegt; genau so verfuhren wir im 2. Falle. Die Fälle werden als geheilt vorgestellt.

Lang bemerkt zu dem zweiten Pat., der in der vorigen Sitzung mit circumscripter Atrophia cutis demonstrirt wurde, dass er der Diagnose Kaposi's auf Sclerodermie nicht beistimmen könne. Bei dieser sei die Haut in keinem Stadium faltbar, sondern gespannt wie das Fell einer Trommel, während die Stirne des Patienten normale Faltbarkeit zeigt.

Kaposi demonstrirt

1. ein 15jähriges Mädchen, das seit 13 Jahren an Lupus leidet. Derselbe stellt sich als Lupus exuberans dar, der die ganze Hinterseite des rechten Oberschenkels bedeckt, durch Narbenzug eine Contractur des Kniegelenkes erzeugt. Wegen der Inactivität sind auch die Wadenmuskeln atrophisch. Auch an der rechten Wange Lupusherde. Der rechte Fuss ist elephantiastisch verdickt, so dass die Zehen ganz verschmolzen erscheinen. Nur wenige Stellen sind frei, die Wucherungen sind lebhaft roth, nässend, da und dort zerfallend. Die Therapie wird die Aufgabe haben, die Exuberation zu beschränken.

2. einen Fall von Lupus erythematodes discoides an der Nasenspitze.

3. ein 19jähriges Mädchen mit gummöser Infiltration an der Hinterfläche des linken Unterschenkels. Es besteht daselbst eine 4 Cm. breite, 10 Cm. lange, narbige Einsenkung. Am oberen Rande derselben findet sich ein halbmondförmiger Substanzverlust, nach unten flach, nach oben steil abfallend, die Umgebung ist mässig geröthet, die Basis lebhaft roth, granulirend. In diesem Stadium ist die Diagnose schwer, es konnte ein Zerfall am Rande einer alten Narbe oder Lupus sein.

Mraček fragt, ob es sich um eine sogenannte Syphilis hereditaria tarda handelte oder acquirirte Lues.

Kaposi entgegnet, es spreche nichts für hereditäre Lues, es sei gewiss ein Spätrecidiv.

Lang erwähnt, dass erst vor kurzer Zeit sich die Gesellschaft gegen die Annahme einer Syphilis hereditaria tarda ausgesprochen habe.

Ullmann hat damals die Bitte gestellt, es mögen alle Fälle, welche auf Syphilis hereditaria verdächtig sind, mit Röntgenstrahlen untersucht werden, um periostale Schwellungen, die sonst nicht nachweisbar sind, zu entdecken.

Deutsch demonstrirt eine 20jährige Magd mit Onychia syphilitica. Ende Juli erkrankte Patientin an einem Geschwür, das ohne

ärztliche Behandlung heilte. Schon im August soll ein Ausschlag aufgetreten sein, und da derselbe andauerte, wandte sich Patientin an einen Arzt, auf dessen Anordnung sie 20 Inunctionen machte, worauf der Ausschlag verschwand. Die derzeitige Affection an den Zehen soll noch seit damals bestehen. Die 3. und 4. Zehe des linken und die 5. Zehe des rechten Fusses geröthet, geschwellt, gegen das freie Ende hin kolbig aufgetrieben. Das Nagelbett eingenommen von einem weissfärbig belegten, reichlich secernirenden Geschwür, dessen Umrandung der aufgeworfene blaurothe Nagelfalz bildet. An der einen Zehe erkennt man am Grunde des Geschwüres bloss mehr einzelne flottirende Nagelreste, an der anderen ist der Nagel wohl noch in seiner Form erhalten, jedoch weich, aufgelockert und von der Unterlage leicht abhebbar; den geringsten Grad der Affection zeigt die kleine Zehe rechts. Gleichzeitig besteht Lupus vulgaris über dem linken Ellbogengelenk.

Kaposi bemerkt, dass es nicht häufig vorkomme, dass recente Lues bei einem lupösen Individuum gesehen werde. Das sei wichtig, da zeitweilig wieder von einem Lupus syphiliticus gesprochen wird. Auch Hebra hat in den 50er Jahren serpiginösen Lupus mit hereditärer Lues zusammengeworfen.

Rille bemerkt, dass ihm aus den letzten 5 bis 6 Jahren 5 Fälle — 3 Männer und 2 Weiber — erinnerlich seien, wo Lupus vulgaris und recente Syphilis combinirt gewesen. Während alle diese Individuen bereits Jahre lang, seit der Kindheit lupös waren, trat in einem weiteren Falle der Lupus erst im 32. Lebensjahre bei einer Syphilis in der Dauer von 6 Jahren auf. Trotz dieser Antecedentien und der Aehnlichkeit mit Gummata cutanea wurde Lupus vulgaris diagnosticirt, was der weitere Verlauf auch bestätigte, da die an der Kinn- und Kieferwinkelgegend localisirten Efflorescenzen nach mehrwöchentlicher Application von grauem Pflaster kaum eine Aenderung zeigten.

Neumann bemerkt, dass zur Zeit der Syphilidifationsversuche Book's behauptet wurde, nicht bloss Syphilis, sondern auch Lupus könne dadurch beseitigt werden. Es wurde auch ein Lupuskranker geimpft und bekam neben dem Lupus Syphilis.

Lang erwähnt, dass das gleichzeitige Vorkommen von Lupus und Syphilis nichts Neues sei. Auch Syphilitische können später an Lupus erkranken. L. hat als Erster aufmerksam gemacht, wie hiebei syphilitische Infiltrationen mit der Zeit die Charaktere von Lupus annehmen, weshalb er solche Infiltrate als Lupoide bezeichnete. Auch in den Lungen ist durch syphilitische Infiltrate eine Disposition für tuberculöse Erkrankung gegeben.

Mraček hat voriges Jahr eine Affection an der Zunge von prägnant syphilitischem Charakter nebst Psoriasis linguae gesehen, die plötzlich acut entzündlichen Charakter annahm, während an der Peripherie miliare Knötchen auftraten.

Kaposi demonstrirt einen Patienten mit einem Eczema in pruriginoso. Er zeigt am ganzen Körper Eczem in Form grosser,

scharf begrenzter Scheiben, so einer an der inneren Schenkelfläche, eine andere ad nates, am Rücken mons Veneris. Diese Flächen sind mässig geröthet, verdickt, trocken, dazwischen kleinste Knötchen, Bläschen, Krusten, nässende Stellen. Eigenthümlich ist die Scheibenform dieser Herde. Eine solche kommt vor bei arteficiellen Eczemen in Folge längeren Gebrauches verschiedener Chemikalien, ferner aus constitutionellen Ursachen, bei Prurigo, Ichthyosis. Nicht alle Pruriginösen haben aber Eczem, andere haben bei einer leichten Prurigo ausgebreitetes Eczem. Auch der vorgestellte Patient hat Prurigo, die Scheibenform der Herde dürfte jedoch in folgender Weise zu erklären sein. Der Pat. zeigt am Rücken und sonst viele Knötchen, den Follikeln entsprechend, die bei cachektischen Individuen beobachtet werden. Auf Grund dieser Folliculitis, dem Lichen scrophulosorum, entwickelte sich nun das Eczem. Die einzelnen Efflorescenzen waren scharf umschrieben und gruppirt und durch Confluenz entstanden die scheibenförmigen Herde. In solchen Fällen bewährt sich Leberthran äusserlich und innerlich ausgezeichnet. An den Extremitäten wird Ung. Wilkinson angewendet werden.

Neumann erwähnt ebenfalls, dass es Formen von Eczema papulosum gibt, die dem Lichen scrophulosorum ähnlich sind, namentlich bei Kindern kommt diese Form oft vor, sie leistet der Therapie immer hartnäckigen Widerstand. Zum Unterschied vom Lichen scrophulosorum sind jedoch die Knötchen nicht glatt, sondern mit Borken bedeckt, lassen kein Pigment zurück.

Kaposi möchte statt der Bezeichnung Eczema papulosum den Namen E. folliculare empfehlen.

Verhandlungen des Vereines Ungarischer Dermatologen und Urologen.

Sitzung vom 11. März 1897.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

1. Schwimmer: Scrophuloderma et tuberculosis cutis, cicatrices extensae. J. H., 20 Jahre alt, Landknecht, war angeblich bis zu seinem 10—12. Lebensjahre gesund; zu dieser Zeit entstanden an beiden Schultern und am Rumpf rothe Geschwülste, welche stellenweise vereiterten und nur sehr langsam im Verlaufe von 2 Jahren verheilten. An diesen Stellen sieht man gegenwärtig nur Narbenbildungen in der Grösse einer Erbse oder eines Fingernagels, welche theilweise flach, theilweise atrophisch unter dem Niveau der Haut, theilweise 1—2 Mm. aus dem Niveau der Haut hervorragend erscheinen. Letztere fühlen sich polsterartig weich an und sind von einander durch dünne Furchen getrennt. Die Narben zeigen ein netzartiges Bild und schliessen sozusagen eingesunkene, normale Hautinseln ein.

Das jetzige Krankheitsbild zeigt sich an beiden Ellbogengelenken in der Form von rothen, höckerigen, stellenweise geschwürigen Veränderungen, welche das Aussehen eines Scrophuloderma, respective einer Hauttuberculose haben. Aehnliche Veränderungen sind in der Kreuzgegend und an den unteren Extremitäten in grösserer Zahl zerstreut vorhanden. Diagnostisch sind die vorhandenen Narbenbildungen und die neuern Eruptionen von Wichtigkeit, indem das floride Hautleiden mit der vor 8—10 Jahren bestandenen Krankheit zweifellos identisch ist. Schw. hebt noch die Unterschiede dieser Veränderungen im Vergleich mit syphilitischen und lupösen Formen hervor.

2. Schwimmer. Pemphigus membranae mucosae. Der vorgestellte Patient machte an seinem Geburtsort auf ärztliche Verordnung gegen das, auch jetzt bestehende Leiden eine langwierige Schmiercur durch, während dem sich die Krankheit jedoch verschlimmerte. Im Mai vorigen Jahres begann das Leiden mit Blasen, welche auf der Rückenhaut, auf der Mundschleimhaut und der Zunge sich entwickelten. Auf letzteren Stellen bildeten sich die Bläschen nach 6wöchentlichem Bestand zurück, um nach weiteren 6 Wochen erneuert aufzutreten. Seit dieser

Zeit entstanden sowohl auf der Haut des Rumpfes, Halses und des Kopfes, als auch auf der Mundschleimhaut bald grössere, bald kleinere Blasen, welche mit der Zeit vergingen, um neu sich bildenden Platz zu machen. Gegenwärtig sieht man welche auf der Gesichts-, Brust- und Rückenhaut, als auch auf der Mundschleimhaut. Die Diagnose bot hier keine Schwierigkeiten, denn nach Schwimmer's Erfahrungen treten die Pemphiguseruptionen entweder zuerst auf der Haut und nur nachher auf den Schleimhäuten auf, oder nur auf der Haut, oder zuerst auf den Schleimhäuten und nachher auf der allgemeinen Decke auf. Der vorgestellte Fall ist durch 2 Umstände interessant: erstens in Rücksicht auf die Aetiologie. Die Annahme von jähen oder langandauernden Gemüthsveränderungen, oder starken geistigen Anstrengungen als Ursache des Pemphigus gilt hier ebenfalls, nachdem der Patient in letzterer Zeit grosse materielle Schäden (sein Haus ist abgebrannt etc. etc.) erlitt. Der zweite Umstand bezieht sich auf die Therapie der Schleimhautveränderungen. Gewöhnlich pflegt man gegen die durch Aufplatzen der Blasen entstandenen Epithelverluste Kalium chloricum als Mundwasser zu verordnen. Bei Pemphigus verursacht dieses Mittel grosse Schmerzen. Schw. pflegt ein Decoctum malvae zu verordnen, welches die Patienten sehr gut vertragen.

3. Bakó. Cystitis pseudomembranacea. F. M., 26 J. alt, Diener, wurde am 26. Febr. l. J. mit acuter Urinretention auf B's. Abtheilung aufgenommen. Vor 9 Tagen bemerkte Patient 3 Tage nach dem letzten Coitus einen Ausfluss, wozu sich am 4—5. Tag des Bestandes häufiger Urindrang gesellte, das Urinlassen wurde allmälig beschwerlicher und am 23. Febr. konnte er keinen Urin mehr lassen. Am Abend dieses Tages, sowie am 24. und 25. Febr. entfernte ein Arzt mittelst Katheter den Urin und sandte den Patienten zur weiteren Behandlung in das Spital.

St. präs.: Die gefüllte Blase ist hoch über der Regio pubica, schmerzhaft. Kein Fieber. Der engl. weiche Katheter Nr. 6 konnte leicht eingeführt werden, jedoch, obwohl nach der Länge des eingeführten Stückes das gefensterte Ende des Katheters in der Blase sein musste, kam kein Urin. Das Einspritzen von Flüssigkeit war unmöglich, so dass B. den Katheter herausziehen musste. Die Oeffnung und ein grosses Stück des Lumens war durch weisse membranartige Gebilde verstopft. Der gereinigte Katheter wurde wieder eingeführt, es floss etwas Urin, alsbald war der Katheter abermals verstopft. Durch Einspritzen von Flüssigkeit gelang es jetzt das Lumen des Katheters frei zu machen und nun floss eine grosse Menge Urins gemengt mit vielen membranartigen Gebilden heraus. Der allmälig entfernte Urin war trüb, ohne einen besondern Geruch oder den einer ammoniakalischen Gährung.

Die weichen, leicht zerdrückbaren, ca. 3 Cm. langen, 2 Cm. breiten, weisslich-grauen Membranen erwiesen sich unter dem Mikroskop als Fibrin, mit Urinsalzkrystallen bestreut. — Im Grundgewebe konnte man hie und da Eiterzellen und Blasenepithelzellen unterscheiden.

Am nächsten Tage hörte ich, dass der zur Blasenwaschung benützte, weiche Katheter immer schwerer einführbar war. Daher untersuchte ich die Urethra und fand 8 Cm. vom Orif. Ext. entfernt eine Strictur, durch welche nur eine 14er Sonde-olivaier geführt werden konnte. Die Strictur hatte weiche Wände und war 0·5 Cm. lang; weiter hinaus war die Harnröhre intact. — Patient gestand jetzt, dass er in seinem 18. Lebensjahre einen Tripper hatte, welcher ohne Medicamente wieder verging; nach vier Jahren, als er Soldat war, hatte er beim Uriniren Beschwerden, welche damals im Militärspital durch Erweiterung der Strictur binnen drei Wochen behoben wurden. Ein halbes Jahr nachher bekam Patient wieder einen Tripper, zu welchem sich acute Urinretention gesellte. — Durch einmaliges Katheterisiren war die Retention behoben; gegen den Ausfluss bekam er Einspritzungen. — In der dritten Woche entstand eine Nebenhoden-Entzündung, womit er weitere vier Wochen im Spital zubrachte. Seit dieser Zeit fühlte er sich ganz wohl.

Guyon ist der Ansicht, dass der Bildung dieser Pseudo-Membranen eine mehr weniger intensive Cystitis vorhergehe, und dass diese Membranen besonders dann auftreten, wenn ein mechanisches Hinderniss (Prostatahypertrophie oder Steine) eine Urinretention verursacht und der Urin ammoniakalisch wird. — Seiner Ansicht nach hat der Urin gleich am Anfange des Leidens einen faulen Geruch, gerade so, wie im Spätstadium einer Blasengeschwulst. — Rovsing und Savor fanden bei der bakteriologischen Untersuchung dieser Membranen das Bacterium-coli; letzterer bringt das Grundleiden mit diesem Bacterium in causalen Zusammenhang.

Im vorgestellten Falle war die Urinretention nur drei Tage alt und durch die acute Urethrocystitis hervorgerufen. Der frisch entleerte trübe Urin war neutral und hatte nicht den von Guyon als charakteristisch bezeichneten Geruch.

Nach drei Tage hindurch fortgesetzte Entleerungen mittels Katheters wurde der Urin rein; die Retention dauerte bis 6. März, an welchem Tage der Patient zuerst in der Lage war, ein wenig Urin von selbst zu entleeren.

Jetzt ist das Residium kaum 100 Grm. — Patient war während der ganzen Zeit fieberlos.

4. Bakó. Orchitis syphilitica. Josef V., Universitätshörer, kam vor einigen Wochen mit der Klage, dass sein linker Hoden grösser sei. Vor circa $1^1/_2$ Wochen fühlte er beim Treppensteigen im linken Hoden ziehende Schmerzen. Dieses Gefühl verging jedoch auf kalte Ueberschläge und durch das Tragen eines Suspensoriums.

St. pr. Rechter Hoden normal, linker H. hühnereigross, überall gleichmässig anzufühlen, auf Druck fehlt jedoch das charakteristische Hodengefühl. Geringfügige Hydrokele, welche am ausgeprägtesten an der Ansatzstelle des Funiculus spermaticus ist. Funic. sperm. normal. Patient hatte nie Gonorrhoe, erinnert sich auch an kein Trauma oder dass er z. B. etwas Schweres gehoben hätte.

Das Bild entspricht einem in Entwickelungsstadium befindlichen Sarcom oder einer Orchitis syphilitica. In dieser Richtung befragt, gesteht Patient, dass er am Anfange des Sommers 1893 ein Geschwür an der Glans penis hatte, welches nach mehreren Wochen zuheilte. Im Laufe des Sommers bemerkte er ein Exanthem auf der Körperhaut und nachher hatte er Geschwüre im Mund und am After. Im September, als er in die Hauptstadt kam, hatte er noch Geschwüre, liess sich in einem öffentlichen Ambulatorium behandeln, wo ihm Quecksilberpillen und Mundwasser verordnet wurden. In einigen Wochen war er geheilt, befand sich seither wohl und nahm nicht mehr ärztliche Hilfe in Anspruch. — Jetzt war kein Zweifel mehr betreffs der Diagnose.

Bakó beobachtete schon mehrere Fälle von Orchitis syph. mit Hydrokele, bei allen entstand jedoch dieses Sympton der Syphilis erst viele Jahre nach dem Primäraffect. Die Hydrokele heilt gewöhnlich durch Punction, ein endgiltiges Resultat kann man jedoch nur bei zu gleicher Zeit angewandter antisyphilitischer Cur erreichen.

Wohl bemerkt, dass die Hydrokele, wie es scheint, ein Vorsymptom der Orchitis syphilitica ist. Er beobachtete nämlich 2 derartige Fälle. Bei dem einen vollzog er eine radicale Operation der Hydrokele, und nach 2 Jahren entwickelte sich an deren Stelle eine Orchitis und Periorchitis syphilitica. W. erklärt diesen Umstand auf die Weise, dass die Hydrokele auch damals nur das Symptom der seiner Zeit makroskopisch nicht constatirbaren Orchitis gewesen sei.

Schwimmer erwähnt den Fall eines jungen Mannes, welchem er, nachdem 4—5 Jahre hindurch keine Symptome der Lues beobachtet werden konnten, er das Heiraten erlaubte. Im 6. Jahre gebar seine Frau ein gesundes Kind. Im 7. Jahre (dass keine Symptome vorhanden gewesen sind) als sein Kind schon ein Jahr alt, und noch immer gesund war, kam Patient mit der Klage einer Hodengeschwulst. Patient holte einige Tage früher, da Schw. damals abwesend war, den Rath eines Chirurgen ein, welcher eine drei Monate dauernde Jodkalicur verordnete, und eine Exstirpation des Hodens empfahl. Schw. verordnete eine Inunctionscur. Nach [40 Einreibungen ward der Hoden wieder normal, die Frau des Patienten kam wieder in Hoffnung, blieb selbst gesund, und brachte wieder ein gesundes Kind zur Welt.

Marschalko bemerkt, dass dieser Fall Schw's. wieder dafür spricht, dass das Quecksilber auch in den Spätstadien der Syphilis ein souveränes Mittel sei.

Bakó hingegen bemerkte sehr oft, dass die Hodensyphilis sich auf Jodkali ausgezeichnet zurückbildet.

5. S. Róna. Urethritis membranacea fibrinosa?

E. M., 23 Jahre alter, lediger Mediciner, bekam vor 3 Jahren seine erste, mit acuten Symptomen aufgetretene Gonorrhoe, welche ausser den gewöhnlichen Injectionen und inneren Mitteln binnen 4 Monaten nach Anwendung Ultzmanni'scher Instillationen und Sondencur bis 24 Ch. heilte. Eine Verengerung der Harnröhre bemerkte Patient nie, und

fühlte sich auch bis 21. Februar l. J. gesund. An diesem Tage Coitu und 3 Tage nachher 2 linsengrosse Blasen auf der Lam. int. praep., und noch 2 Tage später ähnliche auf der Glans, welche aufgingen und an deren Stelle gelbliche Continuitätsstörungen sich entwickelten. Am 24. Februar kam Patient zu R., welcher die Läsionen für Herpes genitalis hielt. Am 26. Februar verspürte Patient beim Uriniren ein Brennen, und bemerkte im Orificium urethrae einige, kaum etwas getrübte, schleimige Tropfen, und suchte wieder R. auf, welcher eine acute gonorrhoeische Infection annahm, ohne jedoch auf Gonococcen zu prüfen. Verordnet wurde zu Injectionen Argentanim 1 : 1000. Am 2. März war der Ausfluss eiterig, dick, rahmartig, die Urethralwandungen angeschwollen, der Urinstrahl verdünnt, das Uriniren sehr schmerzhaft. Spiegelbefund: der Tubus 16 Ch., kann nur schwer hinter der Fossa navicularis eingeführt werden und bleibt am Ende der Pars pendula stecken. Bis zu dieser Stelle ist die Urethra silber-, stellenweise gelblichweiss. Der 0·5—1·0 Mm. dicke Belag kann nur schwer abgerieben werden, wonach punktförmige Blutung sich einstellt. Das Secret, als auch der abgeriebene Belag wurde auf Gonococcen und Schankerbacillen untersucht. Negativer Befund. Verordnet wurden Jodoformbacillen. 4. März St. idem; sehr flüssiger, gelblicher, seröser Ausfluss. 8. und 9. März St. idem. Am letzteren Tage konnte ein Tubus 18 Ch. bis zur p. prostatica eingeführt werden. Die ganze Pars anterior mit weisslichem Belag bedeckt, die Pars posterior normal. R. entfernte von einem grossen Theil der Pars pendula den Belag, welcher sich als ein fibrinöses Exsudat erwies, wie dies in den eingestellten Präparaten sichtbar ist. Seitdem ist das Secret immer gelblich, schleimig, flüssig. Urinstrahl noch immer dünn, Uriniren noch immer schmerzhaft. Das Uriniren geschieht in normalen Zwischenräumen, im Urin keine Fäden. Seit 9. März keine Behandlung, status idem. Aetiologie des Leidens ganz dunkel.

6. Török. Lichen ruber planus.

Der 37 Jahre alte Arbeiter hat seit 2 Monaten auf den Beugeseiten der Arme und Füsse einen Ausschlag, welcher mit Jucken begann. Patient war nie krank, ist jedoch nervös. Sein Bruder hat einen eczematösen Ausschlag. Die Läsionen sind hauptsächlich an der Beugeseite der Arme, insbesondere der Ellbogen, an den Schultern, in den Achselhöhlen, und den nachbarlichen Theilen der Thoraxhaut, in der Kreuzgegend, am Penis und Scrotum, an der Innenseite der Oberschenkel, in den Kniebeugen und am Nacken dicht vorhanden; auch an anderen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten sieht man ähnliche Läsionen, jedoch in geringerer Anzahl. Nur das Gesicht, die Ohren, die behaarte Kopfhaut und die Handflächen sind frei. Die Fusssohlen sind verdickt und zeigen weissliche Furchen. Die kleinsten Läsionen sind flach hervorragend, meistens polygonal, bläulich- oder bräunlichroth, wachsartig glänzend, mit centraler Delle. An den Oberextremitäten sind diese Läsionen dicht nebeneinander gedrängt und bilden bläulichrothe, fein-

gefurchte, bis handflächengrosse Plaques, welche an mehreren Stellen in Rückbildung begriffen, sepiabraune Einsenkungen zeigen. An vielen Stellen sieht man linsen- bis kreuzergrosse, runde Flecke, deren Ränder von perlschnurartig dicht aneinander gereihten Läsionen gebildet sind, und deren Mitte auf das Niveau der normalen Haut eingesenkt ist. Die Plaques sind an den oberen Extremitäten und der Brusthaut heller, in der Kreuzgegend und am Scrotum dunkler braun. Schleimhäute frei. Therapie: Asiatische Pillen und Bäder.

7. Török. Syphilis miliaris. (Lichen syphiliticus.)

Der 22jährige junge Mann ist sehr blass. Die Halsdrüsen sind überhaupt, jedoch besonders links, in der Gegend des Angulus mandibulae, geschwulstartig hervorstehend. Axillar-, Cubital- und Inguinaldrüsen stark vergrössert. Am Präputium eine verheilende, knorpelharte Sclerosis. Am Rumpf und an den oberen Extremitäten zahlreiche, stecknadelkopfgrosse, bräunliche oder röthliche Läsionen, welche den Hautdrüsen entsprechen, und linsen- bis kreuzergrosse Gruppen bilden. Die Haut ist an diesen Stellen diffus bräunlich. Der Zustand hat sich schon sehr gebessert, und die Läsionen sind schon blasser, nachdem Patient seit zwei Wochen Inunctionen anwendet. Das Exanthem besteht angeblich seit acht Wochen.

8. H. Singer demonstrirt mikroskopische Präparate der Kraurosis vulvae (S. Róna's Patientin). S. Róna.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. November 1897.

1. Gerson demonstrirt eine elastische Pflastersuspensionsbinde als Suspensoriumersatz. Dieselbe besteht aus einem weichen elastischen Stoff, der auf der einen Seite mit Zink-Kautschukpflaster bestrichen ist. Bevor die Binde angelegt wird, muss das Scrotum rasirt werden. Dann umfasst die linke Hand des Arztes den unteren Theil der Scrotalhaut, während mit der rechten die elastische Pflasterbinde unter den Testikeln mit mässiger Spannung circulär umgelegt wird. Der Vortheil der Binde besteht in einer höheren Suspension und in einer grösseren Ruhigstellung der Hoden, sowie in einem gleichmässigen Druck auf dieselben. Der Verband muss alle 4 Tage abgenommen und wieder frisch angelegt werden.

2. Ledermann stellt ein 16jähriges Mädchen vor, welches seit ihrem 3. Lebensmonat an Epidermolysis bullosa hereditaria leidet. Ein hereditärer Zusammenhang in diesem Falle nicht nachweisbar. Die Blasen, welche sehr bald sanguinolent werden, treten in unregelmässigen Zwischenräumen auf und heilen ohne Narbe. Auffällig ist eine Degeneration sämmtlicher Finger- und Zehennägel. An manchen Stellen ist das Nagelbett fast vollständig geschrumpft, und zum Theil mit einer unregelmässigen Hornmasse bedeckt. Es ist anzunehmen, dass diese Veränderung der Nägel aus den ersten Lebensmonaten datirt und durch Blasen, welche im Nagelbett localisirt waren, verursacht worden ist.

Herzfeld erinnert an einen ähnlichen Fall, den er vor zwei Jahren in der medicinischen Gesellschaft vorgestellt hat, bei welchem aber mehrere Geschwister befallen waren, und auch eine hereditäre Veranlagung nachweisbar war. Die Nägel waren nicht so stark degenerirt, wie in dem vorgestellten Fall.

Blaschko bemerkt, dass in dem aus seiner Klinik stammenden, von Herzfeld soeben erwähnten Falle die Hautaffection weiter vorgeschritten war und zu einer starken Atrophie der Epidermis geführt hatte.

3. Ledermann stellt einen älteren Herrn vor, welcher seit vier Jahren an einer zunehmenden Faltenbildung beider Handrücken leidet. Zunächst macht die Affection den Eindruck, als wenn es sich

um einen Fall von progressiver idiopathischer, symmetrischer Hautatrophie handelt. Die Haut ist an den betroffenen Stellen in zahlreiche Falten gelegt, fühlt sich aber nicht sehr derb an und erscheint trocken und glanzlos. Gegen die progressive Hautatrophie spricht die mässige Verdickung der Haut, welche nirgends einen atrophischen Charakter besitzt; ebenso ist Ichthyosis und Sklerodermie auszuschliessen. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine starke Hypertrophie der Hornschicht; die elastischen Fasern sind erhalten. Anatomisch gehört die Affection zu den Parakeratosen.

4. Mayer stellt aus der Lassar'schen Klinik die Lupuskranken wieder vor, welche von Prof. Lassar in einer früheren Sitzung bereits demonstrirt waren und mit Neu-Tuberculin behandelt waren. Wenngleich eine Involution in allen Fällen erfolgt ist, so ist doch die Methode nicht imstande, die anderen geübten und erprobten Massnahmen entbehrlich zu machen. Sie wird aber ergänzend in Anwendung zu ziehen sein, wenn ungünstiger Sitz, zu starke Ausbreitung und zu tiefe Zerstörung des Leidens die Anwendung der anderen Mittel inopportun erscheinen lassen.

5. Plonski stellt aus der Lassar'schen Poliklinik eine Patientin mit Framboesia syphilitica am rechten Nasenloch, am rechten Mundwinkel und auf dem Nacken vor. Die Tumoren, die ziemlich umfangreich sind, sind flach erhaben, von derber Consistenz, und mit zahlreichen Furchen, aus denen am Nacken kleine Büschel Haare hervorstehen, versehen. Nirgends sind Ulcerationen sichtbar, alle Stellen sind mit Epidermis überzogen. Im Gesicht ist die Grundform, die specifische Papel, vollständig erkennbar; der Beginn der Affection liegt mehrere Jahre zurück. Bereits im vorigen Jahre zeigte Patientin ähnliche Erscheinungen, die auf Merkur und Jod verschwanden. Diese Framboesieform kommt ausser bei Lues bei Framboesia tropica s. Jaws, bei der Dermatitis papillomatosa capillitii, bei Lupus, bei chronischen Fussgeschwüren und bei Sycosis parasitaria vor. Mitunter verschwinden diese papillomatösen Massen nicht durch Merkur allein, sondern es muss noch eine mechanische Behandlung hinzutreten.

6. Plonski stellt aus der Lassar'schen Poliklinik einen Fall von ausgedehnter Sklerodermie vor, welche sich über den ganzen Körper ausdehnt. Von Seiten des Nervensystems bestehen keine Abnormitäten.

7. O. Rosenthal stellt einen Patienten von 29 Jahren vor, welcher im Februar 1894 sich an Lues inficirte. Er machte damals in einem hiesigen Krankenhause eine Inunctionscur von 15 Einreibungen durch. Im September desselben Jahres zeigte der Patient ein maculo-papulo-pustulo-ulceröses Syphilid am Stamm, Plaques an der Unterlippe und Ulcerationen des weichen Gaumens. Er wurde mit 11 Injectionen von Hydrarg. salicylicum behandelt. Im März 1895 hatte er ein Recidiv und erhielt in der Charitée 30 Sublimateinspritzungen. Im Juli 1895, wo sich Pat. in der Rosenthal'schen Poliklinik wieder vorstellte, waren

grosse papulöse Efflorescenzen am ganzen Körper, sowie mehrfach zerfallene Gummata an den Unterschenkeln sichtbar. Pat. erhielt 12 Injectionen von Hydrarg. oxyd. flavum. Im März 1896 klagte Pat. über Kopfschmerzen und erhielt Jodkalium. Im Mai 1896 waren nässende Papeln auf dem Scrotum vorhanden, und wurden deshalb 12 Injectionen von Hydrarg. salycilic. gemacht. Im December 1896 traten die ersten Erscheinungen seines jetzigen Leidens auf: rheumatische, ziehende Schmerzen in den Beinen; das linke Bein wurde etwas geschleift; beim Urinlassen war der Strahl häufiger unterbrochen. Der Gang war leicht ataktisch; der Patellarreflex erhöht; es bestand rechtsseitiger Fussklonus; die Sensibilität der linken Körperhälfte war vom Kopf bis zu den Zehen herabgesetzt; Schwanken bei geschlossenen Augen und beim Umdrehen, Unfähigkeit einen Fuss vor den andern zu setzen; Pupillarreaction träge. Die Schmerzen nahmen zu ebenso wie die Unmöglichkeit zu gehen. Am 16. Januar liess sich Pat. in Folge dessen in die Klinik aufnehmen; hier zeigte sich der Muskel- und der Tastsinn normal, die Schmerzempfindung herabgesetzt, auf der linken Seite stärkerer Patellarreflex und Fussklonus. Der Gang so unsicher, dass Pat. nicht mehr allein gehen konnte. Pat. machte eine vierwöchentliche Inunctions- und Schwitzcur durch, in deren Folge sich der Gang so gebessert hatte, dass Pat. wieder mit Hilfe eines Stockes gehen konnte. Pat. setzte zu Hause seine Schwitzcur fort und nahm Jod. Jetzt zeigt sich, dass das linke Bein den Boden mehr schleift, während das rechte geschleudert wird. Der Patellarreflex ist erhöht, links stärker wie rechts; es besteht beiderseitiger Fussklonus, welcher schon eintritt, sobald Pat. beim Sitzen mit der Fussspitze auftritt und erst nachlässt, sowie Pat. den ganzen Fuss auf den Boden setzt. Die Pupillenreaction ist normal.

Es handelt sich also um einen chronischen myelitischen Process, welcher seinen Sitz im unteren Theile des Brustmarkes hat und sowohl Störungen in der sensiblen wie in der motorischen Sphäre zeigt. Dieselben sind sowohl auf eine Affection der Hinter- als der Seitenstränge zu beziehen. Somit liegt das Krankheitsbild vor, welches besonders von Westphal und Berger beschrieben worden ist und von dem Vortragender vor einigen Jahren bereits in der Gesellschaft einen ähnlichen Fall demonstrirt hat. Zu bemerken ist die ungenügende erste Behandlung.

8. Isaac stellt einen Fall von multiplem Angiokeratom bei einem 15jährigen Mädchen vor, welches sich auf die Handrücken und die Streckseiten der Finger beiderseits ausgedehnt hat. Die Behandlung soll in Anwendung des Mikrokauters bestehen.

O. Rosenthal.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

Vigener, Josef. Ein Beitrag zur Morphologie des Nagels. (Aus dem anatomischen Institut in Strassburg i. Els.) Morphologische Arbeiten, herausgegeben von G. Schwalbe. 6. Band. 3. Heft 1896.

Vigener's Untersuchungen sind der Frage gewidmet, ob sich im Verhältniss der Nagellänge zur Nagelbreite [Längenbreitenindex $= \frac{100 \text{ B.}}{\text{L.}}$] und in der transversalen Krümmung, welche sich aus dem Verhältnis der Nagelbreite zur Nagelhöhe [Breitenhöhenindex $= \frac{100 \text{ H.}}{\text{B.}}$] ergibt, eine Regelmässigkeit für die einzelnen Finger ermitteln lässt und ob hierin nähere Beziehungen, und welche, zwischen Affennägeln und Menschennägeln nachzuweisen sind. Die gewonnenen Ergebnisse sollen dann als eventuelle Grundlage für rassenanatomische Untersuchungen dienen.

Von menschlichen Nägeln wurden namentlich die Fingernägel untersucht und zwar jene von Kindern und jugendlichen weiblichen Individuen, bei welchen sich zumeist wohlgebildete Nägel fanden. Von der Berücksichtigung der Zehennägel nahm Vigener Abstand, da das schon frühzeitige Tragen von Schuhwerk Verbildungen schafft. Den Affennagel untersuchte der Autor an dem reichen Materiale des Strassburger anatomischen Institutes.

Das Studium des Affennagels ergab Folgendes: Der Grosszehennagel der Anthropoiden allein ist ein Plattennagel und dem menschlichen Nagel in allen Stücken ähnlich; jener der altweltlichen Affen ist, wenn man von seiner Kuppenform absieht, dem des Menschen gleichfalls in hohem Grade ähnlich. Der Grosszehennagel der neuweltlichen Affen hingegen mit seiner grösseren Länge und seinen stärkeren Krümmungen entfernt sich jedoch weiter von demselben. Der Daumen-

nagel der altweltlichen Affen unterscheidet sich von dem menschlichen Daumennagel durch seine ausgesprochene Kuppenform und nähert sich demselben nur durch die Uebereinstimmung im Längenbreitenindex und in der transversalen Krümmung. Der Daumennagel der Neuweltsaffen kann kaum als menschenähnlich bezeichnet werden. Ebensowenig die Kuppennägel der übrigen Finger und Zehen.

Das Sohlenhorn ist bei den Affen am Daumen und namentlich an der grossen Zehe ein ganz niedriges, meist rein dorsoventral gerichtetes Gebilde, welches bei catarrhinen Affen dem menschlichen Sohlenhorn sehr gleicht. An den übrigen Fingern und Zehen ist es viel stärker entwickelt und vielfach ein sehr ansehnliches Gebilde. Die Nägel der zweiten und fünften Zehe zeichnen sich oft durch grosse Länge, starke transversale und erhebliche longitudinale Krümmung und stark entwickeltes Sohlenhorn aus und werden dadurch mehr minder krallenartig. Am krallenähnlichsten erwies sich durchweg der Nagel der zweiten Zehe, also gerade derjenigen Zehe, welche bei allen Halbaffen eine Kralle trägt.

Die Untersuchung des menschlichen Fingernagels liess Folgendes erkennen. Alle Nägel sind verhältnissmässig breit und besitzen meist eine geringe transversale und eine sehr schwache longitudinale Krümmung. Sie sind stets und überall ausgesprochene Plattnägel. Durchschnittlich sind alle Nägel der linken Hand ein wenig schmäler und in transversaler Richtung ein wenig stärker gekrümmt als ihre Genossen der rechten Hand.

Der Längenbreitenindex, sowie auch der Breitenhöhenindex unterliegt bedeutenden Schwankungen und zwar gilt dies für jeden Fingernagel. Die Durchschnittswerthe des erstgenannten Index der einzelnen Nägel sind folgende: 1. F.: 93·2, 2. F.: 86·3, 3. F.: 88·1, 4. F.: 87·7, 5. F.: 73·6. Ordnet man die einzelnen Finger nach der abnehmenden Breite der einzelnen Nägel, so erhält man folgende Reihenfolge: 1, 3, 2, 4, 5. Nach der Grösse des Längenbreitenindex theilt Vigener die Nägel in chamaeonyche (Index des schmalsten Nagels der betreffenden Hand: grösser als 80), mesonyche (Index: zwischen 80 und 68·9) und leptonyche (Index: kleiner als 68·9) ein. Sehr schmale Nägel dürfen wir, zumal sie ja auch gleichzeitig eine starke transversale und ziemlich erhebliche longitudinale Krümmüng, sowie ein deutliches Sohlenhornrudiment besitzen, als affenähnlich bezeichnen. „Am affenähnlichsten ist der Nagel des fünften Fingers."

Die transversale Nagelkrümmung ist meist nur mässig entwickelt. Die Durchschnittswerthe des Breitenhöhenindex sind folgende: 1. F.: 25·3, 2. F.: 23·9, 3. F.: 27·5, 4. F.: 30·8, 5. F.: 30·6. Die Reihenfolge der einzelnen Finger nach der zunehmenden transversalen Krümmung ihrer Nägel geordnet ist also: 2, 1, 3, 5, 4. Nach der Grösse dieses Index theilt Vigener die Nägel ein in transversal stark gekrümmte wenn derselbe an dem mit der erheblichsten transversalen

Krümmung versehenen Nagel der betreffenden Hand mehr als 36·3, als schwach gekrümmte, wenn er weniger als 26·6 beträgt. Die zwischen diesen beiden Gruppen liegenden Nägel haben eine transversale Krümmüng mittleren Grades. Letztere kommt am häufigsten vor.

Die longitudinale Krümmung ist beim Menschen im Allgemeinen recht gering; verhältnissmässig stark bei langen schmalen Nägeln, besonders dann, wenn auch ein stärkeres Sohlenhornrudiment vorhanden ist.

Das Sohlenhorn kann beim Menschen in einzelnen Fällen ganz wie bei den höher stehenden Affen gestaltet sein, nur viel niedriger. Der Nachweiss, dass auch beim Menschen in nicht einmal ganz seltenen Fällen ein Sohlenhorn von gleicher Form und Richtung und nur von geringerer Höhe als bei den anthropoiden Affen vorkommt, bringt die Nägel des Menschen und des Affen in nähere Beziehungen zu einander, als bisher bekannt war, so dass als hauptsächliches trennendes Moment fast nur noch die Nagelform übrig bleibt, welche bei den Affen stets — nur der Nagel der grossen Zehe der Anropoiden macht hiervon eine Ausnahme — eine Krippenform ist, während die menschlichen Nägel stets Plattnägel sind.

Vigener weist schliesslich darauf hin, dass noch die Aufgabe erledigt werden soll, die Häufigkeit des Vorkommens der oben charakterisirten affenähnlichen Nagelformen bei den niedriger stehenden Menschen rassen zu ermitteln. Er sagt hierüber Folgendes: „Aus den Untersuchungen der Nagelverhältnisse des Menschen nach dieser Seite hin, welche sich, namentlich nach Vorstudien an den Nägeln der Affen und des Menschen, auch ohne Ausführung der zeitraubenden und umständlichen Nagelmessungen mit genügender Sicherheit allein durch das Auge anstellen lassen, dürfte vielleicht ein Gewinn für die Anthropologie überhaupt zu erwarten sein, und ich darf deshalb wohl die Forscher, welche an fremden Rassen anthropologische Messungen vornehmen, an dieser Stelle darauf hinweisen, auch auf die Nagelformen und das Verhalten des Sohlenhorns beim Menschen ihr Augenmerk zu richten." Prof. Rex (Prag).

Breul, Ludolf. Ueber die Vertheilung des Hautpigments bei verschiedenen Menschenrassen. (Aus dem anat. Institut zu Strassburg i. E.) Morphologische Arbeiten. Herausgegeben von G. Schwalbe. VI. B., 3. Heft, 1896.

Breul untersuchte die Vertheilung des Pigmentes in der Cutis und Epidermis zunächst bei fünf Weissen und zwar vier Brünetten und einem Blonden. Er berücksichtigte vornehmlich die Haut des Stammes, des Genitales und des Afters, ferner der oberen Extremität von der Achselhöhle und der unteren Extremität von den Nates an abwärts.

Aus seinen stattlichen, mit grosser Sorgfalt zusammengestellten Tabellen folgert der Autor zunächst, dass sich eine Gesetzmässigkeit in der Vertheilung des Oberhautpigmentes kaum ableiten lässt. Immerhin ist die Thatsache bemerkenswerth, dass sich bei Brünetten über der ge-

sammten Körperoberfläche Pigment in nicht unerheblicher Menge findet und dass auch bei Blonden nur wenige Körperstellen frei davon sind.

Bedeutungsvoller erscheint Breul ein anderes Untersuchungsergebniss, welches das Verhältniss des Pigmentgehaltes der Cutis zu jenem der Epidermis betrifft. Es fand sich ein innerhalb weiter Grenzen schwankender Pigmentgehalt der obersten Cutislagen. Vielfach ist Pigment in der Cutis überhaupt nicht nachweisbar; an anderen Stellen wiederum ist dasselbe sehr reichlich vorhanden. Zwischen der Pigmentansammlung in der Cutis und solcher in der Epidermis lässt sich ein Zusammenhang nicht nachweisen. Pigmentansammlungen finden sich in der Cutis sowohl unter stark pigmentirten, wie unter völlig freien Epidermisstellen; umgekehrt ist an manchen Stellen trotz reichlicher Pigmentirung der Epidermis keine Spur von Pigment in der Cutis nachweisbar. Breul meint daher, dass diese Beobachtungen geeignet seien, „eine weitere Stütze abzugeben für die Ansicht, dass die Epithel- und Bindegewebspigmentirung von einander unabhängig sind, dass beide unter einander nicht zusammenhängen, vielmehr nur ihre gemeinsame Quelle haben in der in den Saftbahnen des Bindegewebes und in den Intercellularlücken des Epithels sich verbreitenden Ernährungsflüssigkeit (Schwalbe).“

Von Farbigen standen Hautstücke von vier Sudanesen und je einem Fellah, Araber und Japanesen zur Verfügung. Das Pigment der Oberhaut fand sich stets in den tiefsten Schichten des Stratum Malpighi eingelagert; bei den Sudanesen traf der Verfasser auch in den höheren Schichten und selbst in den Zellen der Hornschichte fast überall reichliche Pigmentkörnchen. Gleichfalls bei den Sudanesen und auch beim Fellah zeigte sich ferner schon makroskopisch ein deutlicher Unterschied in der Färbung der Brust bezw. Bauchhaut und Rückenhaut. Letztere ist erheblich dunkler gefärbt als erstere. Die Erklärung hiefür ist nach Breul vornehmlich in der Verschiedenheit der Papillenhöhe zu suchen. Die Papillen sind im Bereiche der Rückenhaut bedeutend höher als in jenem der Brust- bezw. Bauchhaut und dementsprechend die zwischen ihnen vordringenden Epithelsepta in der Rückenhaut mächtiger entwickelt. Gerade diese Septa enthalten nun die Hauptmasse des Pigments und ihre starke Entwicklung lässt die so auffallende Differenz der Färbung leicht verstehen.

Die von Virchow beschriebene ungleichmässige, fleckenweise Vertheilung des Pigments der Epidermis fand sich namentlich bei den Sudanesen; auch bei dem Araber war sie leicht erkenntlich.

Prof. Rex (Prag).

Schmidt, Hugo. Ueber normale Hyperthelie menschlicher Embryonen. (Aus dem anatomischen Institute in Strassburg i. E.) Anat. Anzeiger, XI. Band, Nr. 23, 24, 1896.

Schmidt's Untersuchungen sind der entwicklungsgeschichtlichen Deutung der beim Erwachsenen relativ häufig gefundenen Hyperthelie und Hypermastie gewidmet. Bereits O. Schnoltze, dem wir die schöne Ent-

deckung der Milchlinie bei Säugerembryonen verdanken, wies darauf hin, dass die Hyperthelie beim Menschen nicht nur einer phylogenetischen, sondern auch einer ontogenetischen Erklärung zugänglich sein dürfte und zwar in der Weise, dass wie bei Säugerembryonen auch beim Menschen ursprünglich eine über die laterale Thoraxfläche ausgedehnte lineare Epithelanlage vorhanden ist, auf welche die überzähligen Warzen-, bezw. Drüsenanlagen zurückzuführen wären.

Schmidt untersuchte Embryonen mit einer Hinterhaupt-Steisslänge von 28—60 Mm. Eine Milchleiste oder geradezu Milchlinie, wie sie O. Schnoltze z. B. bei Schweineembryonen fand, konnte er nicht nachweisen. Das Studium der Schnittserien, welche er von der seitlichen und vorderen Brustwand anfertigte, liess ihn jedoch sowohl oberhalb, als auch unterhalb der normalen Brustdrüsenanlage eine Reihe von überzähligen Milchdrüsenanlagen erkennen, welche sämmtlich in der oberen Brustgegend localisirt sind. Es fand sich stets eine mehrfache Anlage von Milchdrüsen vor, von einer doppelten bis zu einer 7-, sogar 12- bis 14-fachen Anlage auf einer Seite. Im Durchschnitt war die Zahl um so grösser, je jünger der Embryo war. Die cranial gelegenen Anlagen fanden sich lateral, die mehr caudalen zugleich medial von der Anlage der normalen Drüse.

Genauere Angaben über diese, für das Verständniss der Genese der Hyperthelie und Hypermastie so bedeutungsvollen Befunde, sowie über die so interessante Frage, wie sich in dieser Beziehung die Inguinalgegend verhält, haben wir von einer weiteren Abhandlung zu erwarten.

Prof. Rex (Prag).

Bergh, R. Symbolae ad cognitionem genitalium externorum Femineorum. Monatsheft f. prakt. Dermatologie, Bd. XXIV.

In Fortsetzung der im Jahrgang 1894, Bd. XIX, obiger Zeitschrift veröffentlichten Symbolae bespricht Bergh auf Grund von Beobachtungen, an einem sehr reichhaltigen Materiale die weibliche Urethra, das Vestibulum vaginae, Nymphen und Hymen. Die sehr interessanten eigenen Beobachtungen erfahren durch die reiche Literaturkenntniss des Verf. entsprechende Ergänzung. Ludwig Waelsch (Prag).

Frickenhaus, A. Zur Technik der Eleidindarstellung. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XXIII.

Frickenhaus veröffentlicht zwei Färbemethoden, nebst praktischen Winken betreffend die Härtung und das Schneiden der zur Eleidindarstellung zu verwendenden Hautstücke. Bezüglich der Einzelheiten sei auf das Orginal verwiesen. Ludwig Waelsch (Prag).

Buzzi, F. Ueber Eleidin. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XXIII.

Buzzi gibt eine gedrängte Uebersicht seiner Untersuchungsergebnisse über das Eleidin. Dieses Resumé referiren hiesse die ganze Arbeit abdrucken. Es sei daher nur auf das Original verwiesen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Mamurovsky, A. Ueber eine neue Färbungsmethode von Hautschnitten. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XXIV.

Härtung in folgender Flüssigkeit: 5% Kaliumbichromatlösung und conc. wässerige Sublimatlösung mit Zusatz von 0·6% Na Cl aa. durch 24 St.; hierauf in Spiritus zur Entfernung der Chromsäure, dann in mit Tinct. jod. versetzten absoluten Alkohol. Nach Aufhellung in Anilin Einbettung in Paraffin. Färbung der Schnitte: 15' unter leichter Erwärmung in Pikrocarmin, Abspülen mit Wasser, dann 30' in Hämatoxylinalaun, hierauf ½—1' in eine gesättigte wässerige Lösung von Acid. picronitric., bis sich die dunkelgefärbte Epidermis von dem hellrosagefärbten Corium unterscheiden lässt. Nach Abspülung Entwässerung in Alkohol, Bergamottöl, Balsam. Hornschicht und Blut sind dann gelb gefärbt, glatte Musculatur goldgelb, kleinzellige Infiltration dunkelviolett, Rete violett, mit einem Stich ins Rothe. Die Färbung rühmt Verf. gegenüber der von Gieson's als sehr dauerhaft.

Ludwig Waelsch (Prag).

Doddi, Lamberto. Nuovo metodo di colorazione del grasso nei tessuti. (R. Academ. di medic. di Torino, Sitzung vom 17. Januar 1896.) La Riforma medica 1896, Nr. 21, pag. 244.

Doddi berichtet über ein Verfahren, Fett im Gewebe nach jeder beliebigen Härtung des letzteren, distinct zu färben und dadurch leicht und bequem nachzuweisen. Es geschieht dies durch Sudan III (ein Amido Benzol β-Naphtol) von der Formel $C_{22}H_{16}N_4O$. Dasselbe ist ein rothbraunes, sehr leichtes Pulver, das unlöslich in Wasser ist — sowohl in kaltem wie in warmem — aber löslich in Alkohol, Aether, Xylol, Bergamott-Cedernöl und besonders in allen Fetten, die durch dasselbe scharlachroth tingirt werden.

Mit Rücksicht auf die Löslichkeitsverhältnisse des Sudan III muss zur Darstellung des Fettes in Geweben folgendermassen verfahren werden: Das frische oder beliebig gehärtete Stück, das untersucht werden soll, wird — da Celloidin, Paraffin, Chloroform und Xylol den Farbstoff annehmen — mit dem Gefriermikrotom geschnitten. Dann werden die einzelnen Schnitte in concentrirter alkoholischer Lösung von Sudan III 5—10 Min. gefärbt, darauf ebenso lange in Alkohol ausgewaschen und schliesslich in Glycerin aufgehellt. Zur Bereitung der alkoholischen Farblösung muss 90% Alkohol (der „im Handel befindliche") genommen werden, ebenso auch als Entwässerungsflüssigkeit; letzteres, weil absoluter Alkohol wieder entfärben würde.

In den so behandelten Schnitten sieht man alle, selbst die kleinsten, Fettkügelchen röthlich-orangefarbig, während alle übrigen Gewebsbestandtheile absolut ungefärbt bleiben. Auch die Nervenzellen bleiben ungefärbt; in den Nervenfibrillen jedoch präsentirt sich das Myelin in gelblich-opaker, von der Orange-Färbung der Fettkügelchen deutlich differenzirter Tinction. Diese Gelbfärbung des Myelins geht verloren, wenn die Schnitte 20 Minuten in der Entwässerungsflüssigkeit verbleiben, während die Tinction des Fettes selbst 1½stündigem Auswaschen in der-

selben (90% Alkohol) Stand hält. Bei der fettigen Degeneration erhielt Dotti von dieser Methode sehr schöne Resultate, bei der amyloiden Entartung trat gar keine Färbung ein. Als Doppelfärbung empfiehlt D. Hämatoxylin mit seiner Methode zu combiniren.

F. Münchheimer (Kolberg).

Unna, P. J. Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXII.

Als eine Art Atlas zu seiner Histopathologie lässt Unna in den „Monatsheften f prakt. Dermatologie" successive Tafeln erscheinen, welche Illustrationen bieten zu den in obigem Werke niedergelegten Untersuchungsergebnissen. Diese Bilderreihe wird eröffnet durch Abbildungen von Präparaten der Impetigo staphylogenes.

Ludwig Waelsch (Prag).

Rausch, H. Tinctorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XXIV.

Rausch konnte bei bestimmten Färbungen eine Verschiedenheit der Hornzellen beobachten, u. zw. einerseits eine verschiedene Färbbarkeit derselben, andererseits eine Divergenz im Verhalten der Oberfläche. Nach Maceration der Hornschichten in Wasserstoffsuperoxydlösung, conc. Lösung von Acid. salicyl., Holzessig, Lösung von Soda und Pottasche u. s. w. und Färbung mit polychromerMethylenblaulösung (die Details der Färbung wollen im Originale nachgesehen werden), fand sich ein Theil der Zellen roth, ein anderer blau gefärbt. Diese Differenzen der Färbung werden wahrscheinlich durch den Gehalt der Zellen an verschiedenen Fetten beeinflusst, ohne aber darauf allein zu beruhen. Durch diese Färbung stellte sich ferner auch heraus, dass die Oberfläche der Hornzellen nicht immer glatt ist, sondern sich auflöst in eine Menge kleiner Punkte, die dem Hornmantel der Zelle aufgesetzt sind.

Nach Unna bezeichnet Rausch diese Punktirung als „Relief der Hornzellen". Er glaubt, dass es Stachelrudimente seien, die sich von der Fläche gesehen als Relief darstellen, jene Stachelreste, wie sie Unna an verdauten Schnitten an den im Stadium der Verhornung befindlichen Körnerzellen gesehen und beschrieben hat. Auch bei Verhornungsanomalien der Haut (Psoriasis, Hyperkeratosis, Ichthyosis) fand Verf. das Relief der Hornzellen ausgeprägt.

Ludwig Waelsch (Prag).

Meissner. Ueber elastische Fasern in gesunder und kranker Haut. (Vortrag gehalten in d. med. Gesellschaft zu Berlin.) Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 10.

Die elastischen Fasern der Haut haben nach Meissner neben der Aufgabe, der Dehnung, der Torsion und dem Druck entgegen zu wirken, den Hauptzweck, der physiologischen Schrumpfung des übrigen Bindegewebes entgegenzutreten. Die elastische Substanz dient ferner dazu, der physiologischen Lage- und Volumsveränderung der Organe entgegenzuwirken, so bei den Gefässen und bei den aerectores pilorum. Dieselbe zeigt deutlich ein direct über der Fascie, ein zweites im Corium und ein

drittes unter dem Epithel sich ausbreitendes Netz. Die Herxheimer'schen Spiralen sind als Fortsätze der Retezellen zu betrachten. M. schliesst sich der intercellularen Theorie der Entstehung der elastischen Fasern an. Für das Kriterium des Alters dient die Tänzer'sche Orcein-Methode. Dieselbe färbt die alten Fasern braunroth bis schwarzroth, während die jungen eine hellweinrothe Färbung zeigen. Von pathologischen Veränderungen findet man bei Hypertrophien, so bei Warzen und bei Narben deutliche elastische Fasern; Lupus, Tuberculose, Sklerose, Epitheliom zerstören dieselben. O. Rosenthal (Berlin).

Mantegazza, Umb. Sulla presenza dei corpuscoli di Russel in alcune dermatosi. La Settimana medica LI., Nr. 10.

Mantegazza fand die als Russel'sche Körperchen bezeichneten Gebilde, welche von anderen Seiten als Parasiten, u. zw. Blastomyceten und pathogenetisch für Carcinom angesehen worden waren, von wieder Anderen bei einigen anderen Hautkrankheiten gefunden wurden, und schliesslich von Secchi bei 4 Fällen von Nackenkeloid gesehen, und als Blastomyceten und für diese Krankheit pathogenetisch beschrieben worden waren, gleichfalls in 4 Fällen von Nackenkeloid, beschreibt ihr Vorkommen, dass sie sich theils einzeln, theils in Gruppen vorfinden, ihre, theils regelmässige, theils unregelmässige Gestalt, ihr Verhalten gegen die gebräuchlichen Färbungsmethoden; er konnte ihr Vorkommen in allen Präparaten von Rhinosclerom und in einem Falle von Elephantiasis bestätigen, weist auf ihre Aehnlichkeit mit hyalinen Schollen hin, und erklärt sie schliesslich als Degenerationsproducte der Gewebsbestandtheile, nicht aber als Parasiten. Spietschka (Prag).

Jacquet et **Butte.** Recherches expérimentales sur le méchanisme de l' hyperémie cutanée. Sociéte de Biologie. La médic. moderne Nr. 6, 1897.

J. und B. suchen zu erweisen, dass die einfache Durchschneidung des N. Sympaticus nicht genügt, um den gewöhnlichen Tonus der Blutgefässe auszuschalten, vielmehr sei noch eine locale Irritation nothwendig, die bisher nicht genügend gewürdigt worden sei. Aus der Discussion, an der sich Dastre, Chaureau und Laborde betheiligen, geht jedoch hervor, dass Verf. einige Punkte unberücksichtigt gelassen haben, so dass das alte Cl. Bernard'sche Experiment und seine Theorie über den Sympaticus wohl noch zu Recht bestehen dürfte.

Zuelzer (Breslau).

Jacquet. Rôle du traumatisme dans la pathogénie des érythèmes. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1897, X, pag. 12.

Jacquet beobachtete einen schwindsüchtigen Mann, dessen Nase bei jeder Berührung oder sonstigen Irritationen hochroth wurde. Die Affection wird auf eine Erkrankung des in eine dicke Pleuraschwarte eingelagerten Sympathicus bezogen. Löwenheim (Breslau).

Payne, Joseph Frank. An adress on bacteria in diseases of the skin. Delivered at the Annual Meeting of the Dermatological

Society of Great Britain and Ireland on May 20. 1896. The Lancet 4. Juli 1896.

Payne bespricht zunächst den ursächlichen Zusammenhang der Mikrococcen mit eitrigen Hauterkrankungen. Gewisse Species wie Staphylococcus pyogenes aureus, Staphylococcus albus und etwas seltener citreus treten in grosser Anzahl bei den gewöhnlichen eitrigen Hauterkrankungen auf, z. B. bei Impetigo, Ecthyma, Acne pustulosa, Folliculitis, Sycosis, Geschwüren, Carbunkeln, Panaritien etc. Dieselben Species finden sich bei den secundären Eiterungen, die an sich nicht eitrige Hauterkrankungen compliciren, wie bei pustulösem oder impetiginösem Eczem, pustulöser Phthiriasis und auch bei vernachlässigten oder eiternden Wunden und Rissen. Und abermals dieselben Organismen findet man in den Lymphdrüsenentzündungen, die viele dieser Erkrankungen begleiten oder ihnen folgen, so dass man eine secundäre Lymphadenitis als einen Beweis der bakteriellen Natur der ursprünglichen Hauterkrankung betrachten kann. Selbstverständlich wird das Wachsen dieser Organismen durch andere Factoren begünstigt, z. B. durch die Zusammensetzung des Blutes, seinen Gehalt an Zucker oder Producten unvollkommener Verdauung, allgemeine Cachexie, geschwächte Widerstandskraft der Gewebe, besondere Empfindlichkeit wie bei der kindlichen Haut etc.; aber diese Factoren rufen keine Hauteiterungen hervor, wenn nicht Mikroorganismen zugegen sind. Die einzige andere Ursache für solche Eiterungen sind, soweit wir dies wissen, direct einwirkende, starke Reizmittel. Diese eitrigen Hauterkrankungen sind häufig mit Eiterungen anderer Organe verbunden, wobei bald die Hauteiterung von jenen herstammt, bald das Verhältniss umgekehrt ist. Vortr. schlägt vor, diese Erkrankungen nach Darier und Wickham als Staphilococcia purulenta cutanea zu bezeichnen. — Die Bakterien sind nun auf der Haut nicht gleichmässig vertheilt, sondern finden sich an manchen Orten reichlich, während man sie an anderen nur durch Züchtung entdecken kann. Eine der Hauptoclonien ist der behaarte Schädel, besonders wenn sich dort Krusten gebildet haben, ferner die feuchten Partien der Füsse und die Anal- und Perinealgegend und die angrenzenden Theile. Vom behaarten Kopfe aus gehen häufig Infectionen des Gesichtes, des Nackens und der Schultern aus, und es ist deshalb empfehlenswerth, bei pustulösen Affectionen dieser Gegenden die Kopfhaut antiseptisch mit zu behandeln.

Verf. wendet sich dann zur Impetigo contagiosa, die er als eine inoculirte Staphylococcia bezeichnet. Weshalb die Erkrankung oft local oder endemisch und andererseits wieder epidemisch auftritt, sucht er durch die bald geringere, bald stärkere Virulenz der Coccen zu erklären. Diese erhöhte Virulenz soll 1. hervorgerufen werden durch das Wachsthum der Coccen in einem Herde localer Entzündung; 2. durch ihr Wachsthum auf einer Fläche, wo sie reichliche Luftzufuhr haben und 3. durch die Uebertragung von einem Individuum auf das andere.

Endlich beschäftigt sich Verf. mit dem Ursprung des Eczems. Damit ein solcher entstehe, ist eine gewisse Vulnerabilität der Haut, die wir Prädisposition nennen, erforderlich. Ausserdem aber wirken Mikroben ein, die schon vorher auf der Haut als harmlose Saprophyten lagen und deren Activität nun durch die ursprüngliche Ernährungsstörung der Haut erhöht ist. Doch birgt das Problem des bakteriellen Ursprunges des Eczems noch eine Menge ungelöster Fragen.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Cauer, Rudolf. Ueber die Beziehungen zwischen abnormer allgemeiner Pigmentirung und Veränderungen im Nervensystem. Inaug.-Diss. Breslau 1894.

Cauer beschreibt einen Krankheitsfall bei einem 38jährigen Manne, der klinisch unter dem Bilde eines Morbus Addisonii verlaufen ist, bei dessen Section aber keine Veränderung der Nebennieren, sondern als wesentlich in Betracht kommender Befund eine starke entzündlich-degenerative Affection des Nervensystems, besonders des Rückenmarks, constatirt worden ist. Im Fortgange dieses myelitischen Processes, der vielleicht aus einer peripheren Neuritis entstanden ist, wurden besonders theils motorische, theils vasomotorische Centren betroffen und von hier aus die von diesen ausstrahlenden Nervenbahnen in Mitleidenschaft gezogen. In Folge dieser vasomotorischen Störungen entstanden sowohl an den peripheren Decken, wie im Innern des Körpers ausgedehnte Blutungen, Ergüsse, die zwar auf dem Wege pigmentöser Umwandlungen sich zurückbildeten und sich immer wieder zertheilten, dennoch aber der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten eine intensive Braunfärbung verliehen.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Morrow, Prince A. The cutaneous manifestations of diabetes. Med. Record. New-York, 11. April 1896.

Morrow bespricht in Kürze diejenigen Hautaffectionen, welche bei Diabetes vorkommen. Man kann sie in 2 Classen eintheilen, deren erste aus solchen Hautkrankheiten sich zusammensetzt, die gewissermassen zur Symptomatologie des Diabetes gehören, weswegen die französischen Autoren sie „diabétides“ nennen. Hierher gehören z. B. Pruritus, Erythema diabeticum, Eczem, Balanoposthitis, Phimosis, Furunkel, Carbunkel, Gangrän und Xanthoma diabeticorum. In die zweite Classe stellt Verf. die Hautkrankheiten, die mehr zufällig und selten bei Diabetes auftreten, aber in ihrem klinischen Verhalten gewisse Eigenthümlichkeiten aufweisen, besonders die Neigung zur Heilung oder Rückbildung je nach dem Zuckergehalt, wodurch die ätiologische Beziehung klar gegeben ist. Krankheiten dieser Classe sind Acne cacheoticorum, Urticaria chronica papulosa, impetiginöse und lichenoide Ausschläge, Psoriasis, Dermatitis herpetiformis, Herpes zoster, Mal perforant, Erysipel und Dermatitis diabetica papillomatosa. Ausser den schon genannten Hauterkrankungen erwähnt und bespricht Morrow noch: Asteatosis und Anidrosis, die sich in der Mehrzahl der Fälle von Diabetes finden lassen, ferner Paraesthesien,

Defluvium capillorum, Paronychie und Ausfallen der Nägel, Purpura haemorrhagica in einem Falle Dujardin-Beaumetz's, und endlich einen Fall v. Harndt's, der Bronzefärbung der Haut bei Diabetes beobachtete, die sich von der bei Morbus Addisonii dadurch unterscheiden soll, dass die Schleimhäute von der Pigmentation frei bleiben.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Rouffiandis. Sur une dermite perlée non décrite, à allure clinique d'actinomycose. Thèse de Lyon 1897. Ref. Gazette hebd. de Méd. et de Chir. Nr. 45. 6. Juni 1897.

Rouffiandis hat bei Poncet 2 Fälle einer chronisch entzündlichen Hautkrankheit beobachtet, die trotz der Aehnlichkeit mit den verschiedensten Arten von Carcinom, mit Cylindrom, Tuberculose, Lupus, Lepra, Syphilis, Rhinosclerom, Actinomycose, Pseudoactinomycose, Psorospermosis foll. vegetans (die Aufzählung gibt einen hübschen Begriff von dem Aussehen der beschriebenen Fälle, d. Ref.), doch als Krankheit sui generis angesehen werden muss. Charakteristisch für sie war die Anwesenheit von unzähligen gelben Körnern in dem von den Fisteln producirten Eiter. Diese Körner bestanden nämlich aus dachziegelartig übereinander liegenden Epithelzellen, in deren Centrum sich niemals Actinomyces nachweisen liess. Der Autor schlägt als provisorische Bezeichnung „Dermite perlée à allure clinique d'actinomycose" vor. Paul Oppler (Breslau).

Pau de Saint-Martin. Suggestion et dermatoses. La méd. mod. 1897. 22. S. 176. Soc. de biologie 13./III. 97.

Pau de Saint-Martin berichtet über einen Fall von Boncourt und Raynaud, bei dem, so lange zum Zwecke der Suggestion die Hände auf den Leib gelegt wurden, ein starkes Erythem sich zeigte.

Löwenheim (Breslau).

Zeissl, M. v. Ueber die entnervte Blase. (Wiener klinische Wochenschrift 1896. Nr. 20.)

Um frühere, die Innervation der Blase betreffende Untersuchungen (Pflüger's Archiv Bd. 52, 53) zu ergänzen, durchschnitt Zeissl bei männlichen Hunden die Nervi hypogastrici und erigentes: die Blase blieb bei allen Thieren functionsfähig. Hieraus sei zu schliessen, dass die Blase entweder noch von andern Nervenbahnen beeinflusst werde, oder in der Blase selbst automatische nervöse Apparate wirksam seien. Die nun angestellten Splanchnicus- und Vagus-Reizungen bei Ausschaltung obgenannter Nerven fielen in Rücksicht auf die Function der Blase vollständig negativ aus, so dass die zweite Annahme Zeissl's als die allein zulässige erscheinen müsse. Ernst Liebitzky (Prag).

Silex. Ueber Lidbildung mit stiellosen Hautlappen. (Mit 3 Abbildungen.) (Zehender's klin. Monatsbl. f. Augenh. 1896. p. 46.)

Ist die Möglichkeit vorhanden bei den in Betracht kommenden Fällen aus der Umgebung (Stirn, Wange, Schläfe) gestielte Hautlappen zu bilden, so zieht S. diese den ungestielten Lappen stets vor und legt diese mitsammt ihrem Unterhautfettgewebe in den Defect. Bei Fällen, wo neben totalem Ektropium im ganzen Gesichte nicht eine Spur von normaler

Haut sich findet — wie solche durch Lupus, Verbrennung, Erysipel, Pustula maligna und Ekzem erzeugt werden — kommt nur die stiellose Lappentransplantation in Betracht. Stiellose Lappen, bestehend bloss aus Epidermis, dann die nach Eversbusch (Epidermis und Rete malpighii), dann nach Reverdin (Epid., Rete m., und ober. Theil des Papillarkörpers) sowie die Thiersch'schen Lappen, der noch die glatte Lage des Stromas dazu fügt — alle diese haben sich bei Lidplastiken S. nicht bewährt. Er ist zu der einfachen Wolfe'schen Methode zurückgekehrt, bestehend in Transplantation von bloss aus der Cutis (ohne Unterhautfettgewebe) bestehenden Hautstücken auf die frische Wunde, nachdem ihn zahlreiche Versuche überzeugten, dass auch die Modificationen dieser Methode (Stellwag, Wicher-Kiewicz, Kuhut und Gifford) keinerlei Vortheile bieten. Verwendet wurde regelmässig die Haut an der Innenfläche des Oberarmes und des Oberschenkels, manchmal die der Rippengegend, welche vorher kunstgerecht gesäubert und durch Reiben mit Gaze möglichst hyperämisch gemacht wird. Das subcutane Fett wird wegpräparirt, die zarte Bindegewebslage zwischen demselben und der Cutis mit in den Lappen genommen. Bezüglich der Grösse des Lappens gibt S. an, es sei am besten, „wenn der aufgelegte Lappen leicht gerunzelt gerade die Wundfläche deckt". S. behält den Lappen, bis die Blutung gestillt ist in der Hand und legt ihn nicht in warme Kochsalzlösung, da er es für wichtig hält, „dass einfach trocken und aseptisch vorgegangen wird". Die Befestigung geschieht mit 10—12 Seidenfäden unter möglichster Meidung einer Quetschung. In ungefähr 3 Wochen ist Heilung erzielt. Es folgt nun die Krankengeschichte mit 3 Abbildungen eines Falles von narbiger Zerstörung der Haut des Gesichtes, behaarten Kopfes, des Halses und der Schultern durch Geschwüre auf hereditär luetischer Basis. Alle Lider zerstört, die Augäpfel nahezu vollständig blossliegend. S. bildete jederseits ein Oberlid aus der Haut des entsprechenden Oberarmes von 5 Cm. Breite und 2 ½ Cm. Höhe, welches auch nach 7 Monaten keine wesentliche Schrumpfung aufwies.

Zum Schlusse macht S. noch Mittheilung von 2 Fällen von Narbenektropium des Unterlides nach Caries des Orbitalrandes, wo die eingezogene Hautnarbe an die knöcherne Unterlage fixirt war. Er spaltete diese Narben breit, unterminirte die Haut weit, besonders gegen die Wange und legte in den so entstandenen Beutel mehrere Fettklümpchen aus der Rippengegend. Darüber vernähte er die Haut. Die Haut wuchs nicht mehr mit dem Knochen zusammen. Der kosmetische Effect war „ein befriedigender".

Camill Hirsch (Prag).

Franke, E. Zur Propfung nach Thiersch in der Augenheilkunde. (Centralbl. für prakt. Augenh. 1896. p. 170.)

F. theilt zwei Fälle mit, in denen er mit Erfolg Thiersch'sche Läppchen in die Bindehaut des Auges eingepflanzt hat. Das eine war ein fast totales Symblepharon beider Lider nach Kalkverbrennung. Nach Evisceration des Augapfels, dessen Hornhaut total zerstört war, und Heilung dieser trennte F. das mit der Sclera total verwachsene Oberlid

ab und fügte in die so entstandene 10 Mm. tiefe Tasche einen dem Oberarm entnommenen Thiersch'schen Lappen von der Breite des Lides und ca. 30 Mm. Höhe in folgender Weise ein: „In der Mitte der Lappenhöhe wurde durch die Längsränder je ein doppelt armirter Faden gelegt und an den beiden Fäden der Lappen so aufgehängt, dass die Epidermisflächen einander zugewandt waren. In dieser Stellung wurde der Lappen in die neugebildete Tasche eingenäht, indem die Fäden nach Aussen durch die Haut des Oberlids geführt und dort geknotet wurden. So bedeckte die eine Wundfläche den Tarsus, die andere die Sclera." Der Erfolg war ein dauernder. Nach 1/4 Jahr konnte F. „nicht im Geringsten" eine Schrumpfung des so gebildeten 10 Mm. tiefen Bindehautsackes wahrnehmen. Der zweite Fall war ein Pemphigus conjunctivae, bei welchem sich ein flügelfellartiges Symblepharon von der lateralen Seite über die Hornhaut bis zur Mitte dieser erstreckte. Er trug dasselbe ab und bedeckte die 1/3 der Hornhaut einnehmende Wundfläche mit einem Thiersch'schen Läppchen, mit einem zweiten die correspondirende Wundfläche der Lidbindehaut. Beide heilten glatt an und 1/2 Jahr lang ging der Process auf der Cornea — der früher wiederholten Cauterisationen trotzte — nicht weiter. Die Läppchen wurden dem Oberarm des Kranken entnommen, der auf der Haut keine Blasenbildung hatte, und solche bloss noch an der Schleimhaut der Nase, des Mundes und Kehlkopfes darbot. Camill Hirsch (Prag).

Linossier et Launois. Sur l'absorption cutanée de l'iode, de l'iodoforme et de l'iodure d'éthyle. Académie de médecine. Ref. Médecine Moderne, 28. April 97.

Die Resorption von Jod nach Einpinselung mit Jodtinctur ist sehr geringfügig, wenn die eingepinselte Stelle offen bleibt; sie wird viel bedeutender (bis zu 1/3 der angewendeten Jodmenge), wenn die betreffende Hautpartie hermetisch eingewickelt wird. Oberflächliche Alteration der Epidermis hindert die Absorption mehr, als dass sie fördernd wirkte. Jodoform und Jodäthyl werden erheblich besser absorbirt (von dem letzteren Körper ca. 10%). G. Zuelzer (Breslau).

Noelle, Heinrich. Untersuchungen über das Absorptionsvermögen der menschlichen Haut für Gase. Inaug.-Diss. Würzburg.

Noelle stellte eine Reihe von Versuchen an über das Absorptionsvermögen der menschlichen Haut für Gase. Er benutzte dazu einen Glascylinder, der mit der einen Oeffnung luftdicht auf die Haut aufgesetzt wurde, während durch die andere Oeffnung der zu untersuchende Gasstrom ein- und austrat. Die Versuche wurden mit Jod- und Chloroformdämpfen gemacht, die noch in minimalsten Mengen im Urin nachzuweisen sind. Die Versuche fielen sämmtlich negativ aus: Chloroformdämpfe wurden unter keinen Umständen von der intacten menschlichen Haut resorbirt, Jodgase nur dann, wenn sie bei sehr langer Einwirkung

sich condensirt und als feste Substanz auf der Haut niedergeschlagen hatten und dadurch corrodirend auf die Haut einwirkten.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Allen, Charles W. Some of the uses of electrolysis in dermatology. Medic. Record. New-York, 25. Jan. 1896.

Allen bespricht zunächst den Werth der Elektrolyse für die Entfernung von Haaren und erörtert im Anschluss hieran die Frage, ob die Elektrolyse die benachbarten Haare zum Wachsthum reize, was er bejaht. Des Weiteren spricht er über die Wahl der geeigneten Batterie, der Elektroden etc. Für electrolytische Zerstörung eignen sich ferner verschiedene Arten von Naevi und zwar lassen sich kleine Naevi, besonders die Naevi pilosi, sehr leicht beseitigen, sehr schwer dagegen die Naevi vasculares. Verf. berichtet schliesslich ausführlich über einen Naevus vascularis der Vulva, der durch Elektrolyse geheilt wurde, und erwähnt, dass er sie mit Vortheil benutzt habe bei Elephantiasis, Lupus, Keloid, Acne rosacea, Milium, Xanthelasma der Augenlider und Sommersprossen.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Personali, St. Sulla introduzione dei farmaci con l'elettricitá. La Settimana medica Ao. LI, Nr. 25 u. 26.

Personali stellte Versuche über die kataphoretische Wirkung des elektrischen Stromes an, welche in 3 Reihen zerfallen. In der ersten Versuchsreihe nahm er ein mehrere Centimeter langes fingerdickes Fleischstückchen und hing es so über zwei kleine, dicht bei einander stehende Porzellantiegel, dass die Enden desselben je in einem Tiegel hineinhingen; darauf füllte er den einen Tiegel mit reinem Wasser, den anderen mit einer Lösung von Jodkali oder salicylsaurem Natron, oder salzsaurem Chinin oder Sublimat, und führte die Pole einer elektrischen Batterie in die Tiegel, so dass einmal der negative, ein anderes Mal der positive Pol in die Salzlösung zu stehen kam; bei diesen Versuchen wurde das Säureradical-Jod (Salicylsäure) aus dem negativen Tiegel durch das Fleischstück in den positiven Tiegel übergeführt, wo es durch seine chemische Reaction nachgewiesen wurde, nicht aber umgekehrt, während die Basen, Chinin, Hg., aus dem positiven Tiegel in den negativen übergeführt wurden. Bei der zweiten Versuchsreihe wurde der Hintertheil eines Thieres in ein mit Kochsalzlösung gefülltes Gefäss gesteckt, während auf den Rücken eine Elektrode applicirt wurde, welche aus einer Metallröhre bestand, die an der einen Seite mit der Batterie in Verbindung gebracht war, während die andere, offene Hydrophilgaze enthielt, die mit einer Salzlösung getränkt war und einer rasirten Stelle des Rückens des Thieres auflag. War diese Gaze mit einer 6% Lösung von salzsaurem Cocaïn getränkt, so entstand eine vollständige Anästhesie an der betreffenden Hautstelle, wenn der positive Pol der Batterie mit der Rückenelektrode in Verbindung stand; bei umgekehrter Stromrichtung war keine anästhesirende Wirkung zu bemerken. Unter gleichen Verhältnissen trat eine Strichninvergiftung des Thieres ein, wenn eine 3% Lösung von salpetersaurem

Strichnin in der positiven Rückenelektrode verwendet wurde, während bei umgekehrter Stromrichtung jede Wirkung ausblieb. Also auch hier Ueberführung der Base von der positiven Elektrode zur negativen. 3. Reihe: von zwei Gefässen, welche mit der Batterie in leitender Verbindung stehen, wird das eine mit Kochsalzlösung, das andere mit der zu versuchenden Lösung gefüllt; eine Person taucht nun in jedes Gefäss eine Hand. Wurde in das mit dem negativen Pole verbundene Gefäss eine 10% Jodkali-Lösung gegeben, so konnte nach entsprechender Einwirkung des Stromes, 25 MA durch 30 Minuten, das Jod in bedeutender Menge im Harne der betreffenden Person nachgewiesen werden, nicht aber bei umgekehrter Stromrichtung. Eine Lösung von salzsaurem Chinin von 8% dagegen musste in den positiven Tiegel gegeben werden, worauf (25 MA. durch 1 Stunde) das Chinin mit Sicherheit im Harne nachgewiesen werden konnte. — Diese Versuche zeigen, dass die kataphoretische Wirkung des elektrischen Stromes durchaus nicht immer vom positiven Pole zum negativen vor sich geht, sondern dass sie auf einer elektrolytischen Wirkung beruht, wobei die Basen-Alkaloide und Metalle vom positiven Pole zum negativen die Säureradicale und Metalloide dagegen vom negativen zum positiven Pole übergeführt werden.

Spietschka (Prag).

Schlachter, Alois. Ein Beitrag zur Erklärung des rasch eintretenden Todes nach ausgedehnten Hautverbrennungen. Inaug.-Diss. Würzburg 1895.

Schlachter führt den Tod bei ausgedehnter Hautverbrennung darauf zurück, dass das Blut, wenn auch an seinen Formbestandtheilen und speciell an den rothen Blutkörperchen äusserlich keine Schädigung wahrgenommen werden kann, doch offenbar Veränderungen erleidet, die es leichter gerinnungsfähig machen. Diese Veränderungen sind nicht im Protoplasma, sondern in den rothen Blutkörperchen zu suchen (Silbermann). Die dadurch bewirkte Blutgerinnung ruft in der Lunge Veränderungen hervor, welche die Circulation so schwer schädigen, dass der Tod dadurch eintreten muss.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Bronardel. Troubles de l'appareil cutané dans l'arsenicisme. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 27. VI. 97. XXXIV. Nr. 51. pag. 601.

Bronardel gibt unter Benennung einer reichhaltigen Literatur die bisher gemachten Erfahrungen über Hautaffectionen in Folge Arsenintoxiation wieder. Im letzten Jahrhundert und im Beginn des jetzigen findet man nur ganz vereinzelte Fälle angeführt. Später wurden dann eine Reihe von Erkrankungen bei Arsenarbeitern beobachtet, die sich als petechiale, urticarielle, vesiculöse, erysipelatöse, pustulöse, ulceröse und gangränöse Hautaffectionen äusserten. Bazin erzeugte derartige Exantheme 1862 auch experimentell.

Erst später wurde man auf die Hautaffectionen bei Arsengebrauch aufmerksam. Hutchinson bringt die Entstehung eines Hautkrebses mit

diesem Mittel in Zusammenhang, während Prince A. Morrow's, Rollet's und Rash's Arbeiten sich eingehend über die Pathologie und Symptomatologie verbreiten. Mit der Arsenkeratose speciell beschäftigten sich ausser Besnier noch eine Reihe weiterer Autoren. Der Verfasser schliesst sich ganz diesem Letzteren an, der für die Arsenexantheme eine individuelle Disposition erforderlich hielt, da weder die Art der Arsenverbindung noch die Art der Anwendung derselben irgendwie in Betracht käme, so dass man in bestimmten Fällen von einer Idiosynkrasie sprechen könne. Zweifellos käme auch Heredität in Frage, sei es, dass die Haut gewissermassen einen locus minoris resistentiae bilde oder dass eine nervöse Disposition in Frage komme. Bei der Entstehung von Arsenintoxication in Folge einer einzigen Dosis könne man an eine Anhäufung des Giftes in Folge zu geringer Ausscheidung denken. Jacquet freilich macht äussere Veranlassungen, wie Traumen und die Schweisssecretion verantwortlich. Bei den Hauterscheinungen kann es sich zunächst um eine Wirkung des Giftes von Aussen her handeln, doch seien die Läsionen nicht auf directe Contactwirkung beschränkt, sondern könnten durch die Hände, Kleidung etc. weiter verbreitet werden und sogar durch die Haut hindurchdringen. Prädisponirt sind das Gesicht und die äusseren Genitalien des Mannes, doch sind die Meinungen über das Zustandekommen dieser auffälligen Localisation noch nicht übereinstimmend. Häufig ergriffen sind auch die Fussohle, der Fussrand, die Zehen und die Interstitien, was wohl durch die Fussbekleidung der betreffenden Arbeiter zu erklären ist.

Bei medicamentöser Anwendung von Arsen kann es durch Application des Medicaments auf die Haut zur Intoxication kommen und kann dieselbe alle Organe wie das Nervensystem und die Haut in Folge der Excretion des Giftes durch dieselbe ergreifen, was durch eine Reihe casuistischer Mittheilungen belegt wird.

Bei der internen Anwendung des Arsens sind die cutanen Erscheinungen sehr mannigfach. So sind Oedem des Gesichts und der Extremitäten, verschiedenartige Exantheme, exfoliative, pustulöse, urticarielle Processe, Pityriasis purpuracea, Erytheme, Pigmentationen, Keratosen berichtet worden. Bei Intoxicationen in Folge einmaligen zu grossen Arsengebrauchs stellen sich meist die Erscheinungen viel langsamer ein. Vergiftungen per rectum oder durch Einathmung sind selten.

In dem folgenden Theil des Aufsatzes schildert Bronardel die verschiedenen Arten der Hautaffection, nämlich: 1. Erythema (Taches rubéoliformes. Plaques). 2. Papulöses Exanthem und Urticaria. 3. Purpura. 4. Vesiculöse, herpes und zosterartige Exantheme. 5. Bullöse Ausschläge. 6. Pustula und Ulcerationen. 7. Melanose. 8. Keratose (bei der durch das Arsen bewirkten Hyperhidrosis). 9. Oedeme. Hyperidrosis. 10. Haarausfall. Trophische Störungen im Wachsthum der Nägel und Abfall derselben. 11. Carcinom.

Alle Arsenexantheme zeigten, sobald das Mittel ausgesetzt wurde, benignen Verlauf, doch können, falls die Veranlassung der Affection lange Zeit unerkannt bleibt, eine ganze Reihe der angeführten Erscheinungen unter Umständen auf einander folgen. Erythem und Oedem kann schon vom zweiten Tage an auftreten. Zuletzt findet sich meist die Melanose und die Hyperkeratose. Löwenheim (Breslau).

Ricci. Ueber die Elimination des Arsens und Quecksilbers durch die Eier. Gazetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 73. 20. Juni 1897.

Nach den an Hühnern angestellten Versuchen kommt der Autor zu dem Schlusse, dass Arsen und Quecksilber durch die Eier nicht ausgeschieden werden und dass beide Substanzen nicht mit dem freien, sondern mit dem Gewebseiweiss in eine organische Verbindung eingehen. Diese Thatsache könnte die cumulative Wirkung dieser Substanzen erklären. Obwohl Arsen wie Quecksilber in grösseren Mengen in den Eierstöcken als in der Leber angehäuft werden, erscheinen sie doch nicht — oder nur spurenweise — in den Eiern. P. Rona (Breslau).

Hodara, M. Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Salicylsäure auf die gesunde Haut. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIII.

Die Untersuchungen Hodara's haben folgendes Resultat ergeben: Durch kurzdauernde Einwirkung einer geringen Menge Salicylsäure auf die gesunde Haut entsteht beim Menschen eine Abblätterung der Hornschicht. In grösserer Menge und längere Zeit angewandt, ruft die Salicylsäure eine Bildung von Schuppen hervor, die theils von der Hornschicht, theils von der, stellenweise nur bis zu verschiedener Tiefe nekrotisirten Stachelschichte herrühren. Ludwig Waelsch (Prag).

Molénes, de P. L'action thérapeutique de l'europhéne dans les maladies de la peau. Sociéte thérapeutique. Séance du 7. avril 1897. Ref. dans la gazette hebdomad. de med. et de chirur. du 22. avril 1897.

M. empfiehlt das Europhen als sehr brauchbares Präparat in Form von Pulver, rein oder āā mit Borsäure, sowie als 5—15% Salben, Oele, Kollodium u. s. w. in der Reihe der feuchten Dermatosen (Ulcerationen, vereiterte Gummata, Impetigo, Furunkel, nässendes Ekzem, Verbrennungen, Erfrierungen u. s. w.); bei den trockenen Hautaffectionen hat er es als nicht besonders wirksam erprobt. G. Zuelzer Breslau).

Kellogg, J. C. Ueber das Resorcin in der Dermatotherapie. Histologische Untersuchungen der Einwirkung desselben auf die gesunde Haut. Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. XXIV.

Die Versuche Kellogg's, Application von Resorcin in Form von spirituösen und ätherischen Lösungen, Collodiumfirnis und Pflastermull auf die Ohrhaut von Kaninchen und Meerschweinchen, sowie auf die Haut des eigenen Armes, haben folgendes Resultat ergeben. Das Resorcin bewirkt wenig tiefgehende, dafür aber in der Fläche sehr gleichmässige Nekrose, welche über die Hornschicht hinausreichend, die Körnerschicht

und den oberen Theil der Stachelschicht in eine hornschichtähnliche Membran verwandelt. Diese nekrotisirende Wirkung hört auch bei fortdauerndem Einfluss des Resorcins allmälig auf, da die Oberhaut ziemlich rasch eine normale Horn- und Körnerschicht an ihrer Oberfläche ausbildet, es wird also durch das Resorcin die Verhornung begünstigt. Alle sonstigen Hautbestandtheile (Cutis, Blutgefässe u. s. w.) verhalten sich der Resorcinirung gegenüber indifferent. Das Resorcin ist demnach überall dort indicirt, wo auf unschädliche Weise eine pathologisch afficirte Oberhaut durch eine junge und gesunde rasch ersetzt werden soll (10—50% Pasten). Aber auch in dosi refracta (1—5%) bewirkt es unter Abstossung der obersten Hornlamellen eine leichte Neubildung von jungem Epithel. Bei den parasitären Hautaffectionen dürfte seine sehr wahrscheinliche, antiparasitäre Wirkung durch die exfoliirende Kraft, durch welche eine grosse Menge von Parasiten auf mechanischem Wege entfernt wird, bedeutend unterstützt werden.

Ludwig Waelsch (Prag).

Ruge. Oesypus als Salben- und Pastengrundlage. Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. XXIII.

Ruge konnte bei seinen Versuchen mit Oesypus die Angaben von Ihle, Taenger und a. A. bestätigen, dass die mit Oesypusgrundlage bereiteten Pasten und Salben besser und namentlich längere Zeit vertragen wurden, als die mit anderen Fetten oder fettähnlichen Substanzen bereiteten Pasten und Salben, dass sie bis auf einen einzigen Fall (unter 62 Fällen) nie reizten, dass sie stark austrocknend wirkten, im Anfange fast immer juckstillend, bei längerem Gebrauche aber oft Jucken hervorriefen, die Haut trotz ihrer Austrocknung geschmeidig erhielten und sehr fest auf der Haut klebten. Besonders bewährte sich Oesypus als Grundlage der Wilkiner'schen Salbe. Oesypuszinkamylumpasta nennt Verfasser beinahe ein Specificum gegen Eczeme, speciell Kinder-Gesichtseczeme. Dagegen versagt sie bei Ekzem der Gelenksbeugen.

Ludwig Waelsch (Prag.)

Unna, P. G. Paraplaste. Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. XXIV.

Paraplaste nennt Unna Kautschukpflaster, die Hautfarbe besitzen und daher besser an Gesicht und Händen verwendet werden können. Bei grosser Klebekraft reissen die Paraplasten beim Abziehen nicht so leicht ein, wie die Guttaperchapflastermulle, und lassen auf der Haut fast keinen Rückstand von Pflastermasse zurück. Die Wirkung der dem neuen Pflaster einverleibten Medicamente kommt der in den Pflastermullen nahezu gleich. Ludwig Waelsch (Prag).

Müller, G. J. und **Grube.** Thiosavonale (wasserlösliche Schwefelseifen). Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. XXIII.

Thiosavonale werden gewonnen durch Verseifung von Thioölen, welche man durch Erhitzen natürlicher, den ungesättigten Kohlenwasserstoffreihen angehöriger Fette oder Oele mit äquivalenten Mengen von Schwefel bei 120—160° erhält. Sie werden hergestellt in zwei Sorten,

und zwar eine weiche Schwefelseife (neutraler Thiosavonal) und eine flüssige (Thiosavonale liquid). Eine hervorragende Eigenschaft dieser Seifen ist das Lösungsvermögen für Theer, bei unbegrenzter Haltbarkeit. Die therapeutischen Erfolge waren sehr prompte.

Ludwig Waelsch (Prag).

Leistikow, L. Ueber Salicylsäureseifenpflastermull. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIII.

Leistikow empfiehlt den Salicylseifenpflastermull (eine Modification von Pick's Salicylseifenpflaster) bei allen umschriebenen Dermatosen, welche mit einer Verdickung der Hornschicht einhergehen, sei es nun, um dieselben zu beseitigen, sei es um eine antiparasitäre oder reducirende Wirkung des Pflastermulls oder anderer, darnach anzuwendender Medicamente sowohl an der Hautoberfläche, wie in der Tiefe zu erzielen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Ruge. Erfahrungen über Nosophen. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIII.

Bei der Behandlung der Bubowunden, sowie des harten und schmierig belegten weichen Schankers erwies sich Nosophen als wirkungslos. Dagegen brachte es gereinigte Geschwüre rasch zur Ueberhäutung. Am besten wirkt Nosophen im Vorhautsack in Folge seiner Reizlosigkeit, und empfiehlt Ruge dasselbe ganz besonders als Verbandstreupulver nach der Phimosenoperation. Ludwig Waelsch (Prag).

Frank, R. W. Therapeutische Mittheilungen über Tannoform. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIII.

Frank hebt neben der secretionshemmenden und austrocknenden Wirkung des Tannoform, dessen geradezu specifische Wirkung bei Hyperidrosis und Bromidrosis hervor. Gegenüber de Buck und de Moor kann Verfasser auf Grund von Thierversuchen seitens Zuntz eine günstige Wirkung des Tannoform bei der Behandlung frischer Wunden nicht bestätigen, da es die Wundflächen reizt und die Heilung verzögert. Dagegen leistet es gute Dienste bei inficirten, eiternden Wunden.

Ludwig Waelsch (Prag).

Gomez, R. Sul „Nicotianaseife". Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXII, 1897, fak. I., pag. 118.

Gomez hat bei 7 Fällen von Scabies die von Mentzel in Bremen erzeugte und von Tänzer für einige parasitäre Hautkrankheiten empfohlene Nicotianaseife erfolglos angewendet. Die Behandlung bestand in Seifenbädern und nachheriger Einreibung der Nicotianaseife zweimal täglich. Da nach 3—5 Tagen in keinem Falle eine Besserung erzielt wurde, wurden die früheren erprobten Behandlungsmethoden eingeleitet, welche rasche Heilung brachten. Spietschka (Prag).

Rasch, C. Ueber den Hautausschlag bei medicamentellem Gebrauch von Borsäure und Borax. Hospitalstidende 4. Reihe. Bd. V, Nr. 30, 28. Juli 1897.

Rasch macht zuerst darauf aufmerksam, dass, während die Intoxicationen beim Gebrauch von Borax in den letzten Jahren dann und

wann, namentlich von französischen Neurologen, erwähnt werden, man selten von ähnlichen Fällen bei dem Gebrauch von der diesem in pharmakodynamischer Hinsicht nahestehenden Borsäure höre, welche doch ausserordentlich viel öfter gebraucht werde, wenn auch kaum in so grossen Dosen wie früher, als man nicht wusste, dass die Borsäure giftig sei. R. erinnert daran, dass z. B. Welch, Lemoine und andere schwere generelle Symptome und häufige und gefährliche Collapsfälle nach dem Gebrauch von Borsäure in grossen Dosen, z. B. 40—50 Gramm zur Tamponade in Vagina beobachtet hätten.

R. hat die hierher gehörige Literatur gesammelt und referirt über 7 Fälle von Borsäuredermatitiden. Wiederholt werden artificielle Dermatitiden im Gehörgange nach Einblasen von Borsäure erwähnt. R. theilt einen Fall von der 4. Abtheilung des Communehospitals mit. Es handelt sich um einen 55jährigen männlichen Syphilitiker mit beginnender Dementia paretica und einer Cystopyelonephritis, weswegen er früher schon einmal in dem Hospital behandelt worden war. Ein Homöopath verordnet dem Patienten eine Auflösung von 20 Gr. Borsäure in 750 Gr. Wasser; er nimmt 3—5 Esslöffel voll täglich und gebraucht im ganzen 80 Gr. Borsäure. 2 Tage später, als er mit der Medicin aufgehört hat, zeigt sich ein Ausschlag, welcher auf der Brust beginnt und sich von hier über den ganzen Körper, über das Gesicht und die Extremitäten mit Ausnahme von volae und plantae ausbreitet. Der Haarboden wird auch angegriffen, die Schleimhäute sind jedoch frei. Der Ausschlag besteht aus circumpilären Vesiceln in grosser Anzahl mit gelblichem Inhalt; auf den Extremitäten hat er mehr den Charakter eines folliculären Erythems von kleinen Flecken. Nach und nach geht es über in eine Abschilfrung, theils in Lamellen, theils in kleinen Ringen. Es ist kein Jucken vorhanden; das Befinden ist gut, nur tritt etwas Schlaflosigkeit und Appetitmangel auf. Gleichzeitig zeigte sich Neuritis optica und starke Myosis auf beiden Augen. Nach 18 Tagen ist alles verschwunden, die Haut ist wieder normal, nur etwas trocken. Die ophthalmologischen Veränderungen hörten schon eine Woche vorher fast auf. Es sei möglich, dass das Nierenleiden hier wie bei anderen toxischen Dermatosen ein prädisponirendes Moment gewesen sei.

Chr. T. Hansen (Kopenhagen).

Newton, Richard C. A case of poisoning from the external use of Acetanilid. Med Record. N.-York, 7. März 1896.

Newton verband eine nach einer Brandwunde zurückgebliene granulirende Fläche am rechten Arm eines 4jährigen, sonst gesunden Mädchens mit Acetanilid. Der Verband wurde einen um den andern Tag gewechselt; die verbrauchte Menge des Mittels betrug 20—40 Gr. Als gelegentlich innerhalb 24 Stunden zweimal verbunden wurde, traten Anzeichen einer schweren Intoxication (Collaps, Cyanose) auf, die aber damals auf eine Obstipation und Indigestion bezogen wurden. Ein neuer Verband zwei Tage später wurde gut vertragen; als aber 4 Tage nach der ersten Intoxication abermals mit Acetanilid verbunden wurde,

wiederholte sich der schwere Zustand bei dem Kinde, so dass ein übler Ausgang befürchtet wurde. Diesmal wurde der Zusammenhang richtig erkannt. Das Kind genas. Dieser Fall lehrt, dass man bei äusserlicher Anwendung der Theerproducte denselben Gefahren ausgesetzt ist, wie bei innerlicher. Weswegen frühere Verbände mit demselben Mittel gut vertragen wurden und zwar ein solcher zwischen den beiden Intoxicationen, während bei diesen beiden Malen so schwere Vergiftungserscheinungen auftraten, lässt sich nicht angeben. Jedenfalls wird aber der Körper allmälig empfindlicher gegen das Medicament, da die zweite Intoxication eintrat, als viel weniger von dem Mittel aufgestreut wurde, als beim ersten Male. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Duchenne-Bardet. Ueber einen Fall von Ueberempfindlichkeit gegen Antipyrin. Gazzette medica die Torino 1897, pag. 276 (aus der Gesellschaft für Therapie in Paris).

Nach 1·0 Gr. Migränin hatte Duchenne's Patientin, ein junges Mädchen, 3 Tage lang Fieber, unerträgliches Hautjucken und einen pemphigusähnlichen Hautausschlag, der erst 14 Tage später verschwand. Urin frei von Albumen. Schon früher hatte Pat. einmal nach einer mittleren Antipyrindosis die gleichen Krankheitserscheinungen zu ertragen gehabt. Felix Pinkus (Breslau).

Robinson, Tom. Case of cutaneous antipathy to atropine. The Lancet 26. September 1896.

Der Patient Robinson's war im Jahre 1894 damit beschäftigt, die Blätter und Stengel frischer Belladonna auszupressen, um das Extract dieser Pflanze herzustellen. Hierbei geriethen Spritzchen von dem Saft auf sein Gesicht, die Hände und Arme, worauf nach 1 Stunde das Gesicht sich heiss und unbehaglich anfühlte, und das Sehen gestört war. Nach weiteren 24 Stunden waren Erythemflecken, Bläschen und Pusteln über das Gesicht verstreut. Unter Lotio zinci erfolgte in 10 Tagen Heilung. Derselbe Mann war im Februar 1896 damit beschäftigt, 4 Dutzend Atropintabletten herzustellen, deren jede 10 Gr. Atropin und 38 Gr. Chlornatrium enthielt. Hierbei muss etwas Atropin in der Luft geschwebt haben, denn der Patient empfand nach 1 Stunde dasselbe Unbehagen, wie im Jahre 1894 und konnte ebenfalls nicht deutlich sehen. Verf. sah ihn 24 Stunden später: Die Pupillen waren stark dilatirt, das Gesicht ganz bedeckt mit einem erythematösen Ausschlag und mit Bläschen, die mit einer honigfarbenen Flüssigkeit gefüllt waren. Theilweise fanden sich auch an Stelle geplatzter Bläschen Krustenanhäufungen. Der behaarte Schädel, die Augenbrauen, der Backenbart, Oberlippe und Ohren waren frei von der Affection. Der Patient war seit 1886 mit dem Belladonnasaft beschäftigt, gab aber sicher an, bis zum Jahre 1894 nie Unbequemlichkeiten davon gehabt zu haben. Vor einiger Zeit musste er wegen Lumbago ein Belladonnapflaster auflegen, das einen vesiculösen Ausschlag hervorrief. Unter ähnlicher Behandlung wie im Jahre 1894 erfolgte bald Heilung. — Verf. weist darauf hin, dass er in der Praxis oft Gelegenheit hatte, zu beobachten, dass die Haut vieler Leute durch

Anwendung von Belladonna in irgend einer Form eczematös erkrankt. Er hat es sich daher zur Gewohnheit gemacht, die Patienten zu fragen, ob sie eine individuelle Antipathie gegen das Mittel besitzen.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Frickenhaus, A. Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carbolicum liquefactum auf die gesunde Haut. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XXII.

Frickenhaus stellte eingehende Versuche über die Wirkung von Carbolsäure auf die gesunde Haut von Menschen und Thieren an, und kommt auf Grund der histologischen Untersuchung von nach erfolgter Aetzung excidirten Hautstückchen zu folgendem Resultate: Das Acidum carbolicum liquefactum bewirkt an der gesunden menschlichen Haut eine Verschorfung, welche eben das Epithel durchbricht, aber kaum tiefer geht, als bis an die obere Grenze des Papillarkörpers, unter dem Bilde des trockenen Brandes der Munification anheimfällt und eine nicht oder kaum vertiefte pigmentirte Narbe hinterlässt, deren Pigment nach circa drei Monaten fast ganz verschwindet. Die Abheilung ist in behaarten Gegenden besonders prompt. Es eignet sich das Carbol demnach nicht für krankhafte Processe, die sich in der Cutis abspielen, wenn nicht vorher die Hornschicht gelockert oder zerstört ist. Verf. warnt auch vor ausgedehnter flächenhafter Anwendung wegen Intoxicationsgefahr. Aus kosmetischen Rücksichten empfiehlt sich die Vernarbung nicht unter dem Schorfe geschehen zu lassen, sondern denselben zu entfernen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Pfaff, Franz. On the active Principle of Rhus Toxicodendron and Rhus Venenata. Journal of Experimental Medic. II. pag. 181. 1 April 1897.

Pfaff versuchte im pharmakolog. Laboratorium der Harvard-Univ. zuerst die von Maisch als der wirksame Bestandtheil der beiden Rhus-Arten bezeichnete Toxicodendronsäure durch Destillation der feingeschnittenen frischen Pflanze im Dampfstrom rein darzustellen; als dieselbe aus Baryum und Natriumsalzen ausgeschieden wurde, zeigte es sich, dass dieselbe identisch mit Essigsäure war. Dagegen wurde durch Ausziehen der Pflanze mit Alkohol, Abdestilliren des Alkohols, Waschen des damit erhaltenen schwarzen, öligen Rückstandes mit Wasser und Ausziehen mit Aether eine dunkelgefärbte, ölige Substanz erhalten, die auf die menschliche Haut gebracht, die wohlbekannten Erscheinungen der Rhus-Vergiftung hervorrief. Aus diesem unreinen Oel wurde durch wiederholtes Fällen der Bleiverbindungen ein reines Oel dargestellt, das ebenso wirksam auf die Haut sich erwies. Dieses Oel, dessen chem. Zusammensetzung zur Zeit noch nicht bestimmt, schlägt Pfaff vor, Toxicodendronöl zu nennen. Es findet sich in beiden Pflanzen in Blättern und Früchten, weniger reichlich in Stengeln und Zweigen, das Oel der Früchte scheint am reinsten zu sein. Das Oel ist nicht löslich in Wasser, aber leicht in Alkohol, Aether, Benzol, Chloroform etc., bei gewöhnlicher Temperatur nicht leicht zersetzlich, wohl aber in der Wärme. Während des Winters

gesammelte Pflanzen, alte vertrocknete Stengel enthalten noch Oel aber stark mit Harz vermischt. Ein Unterschied in der Wirkung des Oels der beiden Pflanzen schien nicht zu bestehen.

Experimentell wurde in 3 Fällen eine schwere Dermatit. venenat. erzeugt; der eine Fall ist genauer beschrieben und durch Photographien des Arms 65 Stunden und 6 Tage nach der Application des Oels erläutert. Weitere Versuche wurden gemacht über die Intensität der Giftwirkung und die Incubationsdauer. Das Oel erwies sich auch in den geringsten Spuren als äusserst wirksam, aber in verschiedenem Grade bei verschiedenen Individuen. (In einem Falle rief $^1/_{1000}$ Mgr. in 2 Tropfen Ol. Oliv. aufgelöst einige Dutzend Bläschen und localisirtes Oedem hervor.) Wie bei den zufälligen Vergiftungen schwankte die Lähmungsperiode beträchtlich zwischen 18—24 Stunden und 7—9 Tagen, im Mittel 4—5 Tage.

Dermatitis liess sich auch bei Kaninchen hervorbringen, wenn das Fell vorher kurz geschnitten wurde; an den afficirten Stellen wuchsen später die Haare länger und von grösserem Glanze. Innerlich gegeben (in Alkoh. oder Ol.) durch ein Magenrohr, erzeugte das Oel Nephritis und fettige Degeneration der Nieren; in einem Falle wurde diphtheritischer Zustand der Magenschleimhaut beobachtet. Die hie und da beobachteten Vergiftungsfälle am Menschen mit tödtlichem Ausgang möge auf Nierencomplicationen beruhen.

Das Oel ist nicht flüchtig aber äusserst klebrig und festhaftend; an der Luft oxydirt es langsam zu einem Harz, Hitze und Alkalien, auch kohlensaures Natron begünstigen die Verharzung. In Wasser ist es völlig unlöslich. Daher erscheint es rationell, die afficirten Körpertheile mit Seife und Wasser tüchtig abzubürsten, oder dieselben mit einer alkoholischen Lösung von Bleiessig zu bestreichen und diese dann abzuwaschen. Mittel, welche das giftige Oel auflösen, schleppen es auch leicht weiter, wenn sie nicht sofort durch andere Mittel wieder entfernt werden. Angesichts dieser Befunde hält Pfaff eine Vergiftung à distance, ohne Berührung mit der Pflanze selbst oder einem mit ihr in Berührung gekommenen Gegenstand kaum für annehmbar. Hermann G. Klotz (New-York).

Richter, Paul. Ueber Haarfarbe und Haarfärbung. Dermatologische Zeitschrift. 1897. Band IV. Heft 1.

Nach einer kurzen Einleitung über Bildung und Veränderung der Haarfarbe empfiehlt Richter das Aureol, das von der Firma J. F. Schwarzlose Söhne, Berlin, in den Handel gebracht wird, als unschädliches Mittel zur Dunkelfärbung ergrauter Haare. Gustav Tandler (Prag).

Gonin, M. Remède contre les piqûres des moustiques, punaises et autres insectes. La France médicale. 15. Januar 1897. S. 47.

Gonin empfiehlt gegen den Schmerz bei Insectenstichen das Betupfen mit einem formalingetränkten Pinsel. Man lässt verdunsten und

betupft nochmals. Bei excoriirter Haut ist dies ziemlich schmerzhaft. Dieser Schmerz verschwindet nach Abwaschen mit lauem Wasser.

Felix Pinkus (Breslau).

Depilatorio. Gazetta medica di Torino. 1897, Nr. 1, pag. 18.

Für ein Enthaarungsmittel wird folgende Vorschrift gegeben:

Rp. Tincturae jodi 3·0, Olei terebinthinae 6·0, Olei ricini 8·0, Spiriti rectificati 48·0, Collodii 100·0. Man pinselt 3—4 Tage die zu enthaarende Stelle ein und entfernt dann vorsichtig das Collodium.

Löwenheim (Breslau).

Arloing. La reazione del sudore. Lyon Médicale Nr. 50, 1896, ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 153, 1896.

Arloing untersuchte den menschlichen Schweiss im Waschwasser (sowohl in kaltem als in warmem), in Flanellhemden und nach directer Entnahme von der schwitzenden Hautpartie und kam zu folgenden Schlüssen:

1. Der Schweiss ist sauer an allen Punkten des Körpers, wenn er relativ langsam und kurze Zeit hindurch producirt wird.

2. Wird die Drüsenthätigkeit intensiver und länger andauernd, so wird der Schweiss neutral mit einer geringen Neigung zur Alkalescenz.

3. Der Schweiss ist an sich schon sauer und wird es nicht erst durch Einwirkung äusserer Einflüsse oder irgend welcher Beimischungen.

4. Eine Vichykur bringt die Acidität des Schweisses nicht zum Verschwinden.

5. Die Verschiedenheit der Reaction hängt von der Erregung der secretorischen Nerven ab. Ferdinand Epstein (Breslau).

Arloing, L. De l'intoxication par la sueur de l' homme sain. Académie des scriences, 26. Juli 1897. La France médicale, XLIV. 32, pag. 503, 6. August 1897.

Arloing berichtet über seine Untersuchungen über den Schweiss des gesunden Menschen, welche ergaben, dass die letale Dosis für den Hund 15 Ccm., für das Kaninchen 25 Ccm. per Kilo beträgt. Auch Meerschweinchen gehen bei subperitonealer oder subcutaner Injection genügend grosser Mengen zu Grunde. Der Schweiss bei starker Muskelarbeit besitzt nur $^1/_4$—$^1/_3$ der gewöhnlichen Toxicität, die auf ein Minimum bei künstlicher Schweissecretion herabsinkt.

Löwenheim (Breslau).

Raynaud. Revue des maladies cutanées et vénériennes signalées chez les indigènes algériens. Journal des mal. cut. et syph. 1897. pag. 65.

In einer ausführlichen Arbeit sucht Raynaud ein Bild von der Häufigkeit der in Algier bei den Eingeborenen vorkommenden Haut- und venerischen Affectionen zu geben. Bei der grossen Unsauberkeit und Nachlässigkeit der Bevölkerung ist R. erstaunt, verhältnissmässig wenig Hauterkrankungen zu finden. Am häufigsten sind die parasitären: Scabies, Phthiriasis, Impetigo, Favus; es folgte dann Ichthyosis, Psoriasis, Leu-

kämie. Ab und zu kommen Fälle von Pellagra, Pied de Madura, Elephantiasis, Lupus und Lepra vor. Absolut selten ist Scrophulose (ausser in Gefängnissen) und Epitheliom. Im Gegensatz hievon sind alle Arten venerischer Erkrankungen enorm häufig und besonders verursacht die tertiäre Syphilis schwere Erscheinungen an der Haut, den Knochen und Eingeweiden. Verf. schiebt die Schwere der Erscheinungen weniger auf die klimatischen Verhältnisse, als auf die Nachlässigkeit und das Nichtanwenden antisyphilitischer Mittel, von denen übrigens oft schon kleine Dosen Jodkali eine zauberhafte Wirkung selbst auf ausgedehnte ulceröse Syphilide haben. Zum Schluss bespricht er noch die Häufigkeit der Gonorrhoe, die fast nie von den Patienten behandelt wird, und der Ulcera mollia, die durch Kratzen häufig auf fast dem ganzen Körper inoculirt werden. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Mackenzie, Stephen. The inaugural address on the advantages to be derived from the study of dermatology. Delivered to the Reading Pathological Society. The Brit. Med. Journ. 25. Jan. 1896.

Mackenzie empfiehlt das Stadium der Dermatologie, da sie in ausgezeichneter Weise die Beobachtungsgabe ausbilde und da sie, wie kein anderes Gebiet der Medicin, Gelegenheit gebe, die Principien der Therapie und deren Ausführung in der Praxis einzuprägen, mithin die ärztliche Kunst zu erlernen. Er erläutert diese Behauptungen durch eine Fülle von Beispielen, an denen er zugleich zeigt, welche guten Dienste die dermatologische Forschung der Gesammtmedicin geleistet hat.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Lockwood, Charles E. The Diseases of the Skin, Observed in a General Practice of Twenty-Five Years, and their Treatment. The Medical News. New York. Vol. 69. Nr. 13. 1896.

Eine Zusammenstellung verschiedener Fälle aus der Praxis Lockwood's, welche nichts Neues bietet. Louis Heitzmann (New York).

Anomalien der Secretion und des Secretionsapparates.

Gaucher. Cura della seborrea secca. Journ. de la prat. Guigno 1896. Ref. in Il Morgagni Nr. 45. 1896.

Die von Gaucher im Journ. de la prat. angegebene Cur gegen trockene Seborrhö besteht, ausser in der Ordination, die auf eine allgemeine Roborirung hinzielt, 1. in der Schuppenlösung (Waschungen mit Boraxlösung oder doppeltkohlensaurem Natron); 2. in der „Modification" der Kopfhaut (Schwefelpräparate oder Sublimatpräparate); 3. in der Reizung der Kopfhaut zu neuer Haarbildung (Alkoholische Lösung von China, Canthariden und Benzoë). Ferdinand Epstein (Breslau).

Adler, Richard. Zur Behandlung des Schweissfusses. Prager medicinische Wochenschrift. 1896, Nr. 39.

Adler empfiehlt als Mittel gegen Schweissfüsse Formalin, welches von ihm in mehreren Fällen in der Weise angewendet wurde, dass die betreffenden Partien durch 2—3 Tage damit eingepinselt wurden, bis sich ein trockener brauner Schorf bildete. Rhagaden müssen vorher durch Salbenbehandlung geheilt werden. Victor Saar (Pilsen).

Farcz, Paul. De la dyshidrose. Thèse de Paris. 1896/97, Nr. 107.

Farcz betrachtet als definitiv erwiesen: 1. dass die Dyshidrosis nicht im Schweissapparat localisirt ist; 2. dass der vesiculäre Process sich in den Intercellularräumen der Stachelzellenschicht entwickelt; 3. dass der Blaseninhalt entstanden ist durch Transsudation aus den Gefässen des oberflächlichen Papillarnetzes. Und zwar geht wahrscheinlicher Weise eine Entzündung dieser Gefässe voraus. Der Satz, dass die Dyshidrosis definirt werden könne als Dermatose vasomotrice toxique, lässt die Anschauung des Verfassers bezüglich der Aetiologie der Krankheit erkennen. Zuelzer (Breslau).

Labrarès et Cabannes. La pathogénie de la chromidrose rouge. Presse méd. 11. Juillet ref. in la médecine moderne 7. année, Nr. 58. 14. Juillet 1896.

Labrarès et Cabannes glauben nicht an die bakterielle Natur des rothen Schweisses und führen denselben auf Indican zurück, da die mit rothem Schweiss behafteten Personen zugleich an Indicanurie leiden, so dass also Indican nicht allein durch die Nieren, sondern auch durch die Hautdrüsen ausgeschieden wurde. Der schwarze, blaue, ockergelbe Schweiss u. s. w. sind nur verschiedene Oxydationsstufen des ausgeschiedenen Indicans. Spiegelhauer (Breslau).

Stott, F. W. A. Two cases of chromidrosis. The Lancet, 15. Febr. 1896.

Stott beobachtete in zwei Fällen — es handelte sich um Vater und Sohn — rothen Schweiss. Derselbe war hervorgerufen durch eine Torula, die Verf. in Reincultur züchten konnte. Sie gedieh am besten bei ungefähr 65° F.; die Farbe der Cultur wechselte in ihrer Intensität im umgekehrten Verhältnisse zur Temperatur, d. h. je höher die Temperatur desto blasser war die Farbe und umgekehrt. Bei 32° war die Farbe dunkelroth. — Verf. nimmt demnach an, dass es sich bei diesen Fällen von rothem Schweiss um eine parasitäre und infectiöse Erkrankung der Schweissdrüsen und ihrer Ausführungsgänge handle. Allerdings bedürfen die Mikroorganismen zur Entwickelung eines besonders geeigneten Nährbodens, denn die Frau des Patienten und andere Familienmitglieder, mit Ausnahme des einen Sohnes, blieben frei. Wahrscheinlich werden die Mikroorganismen auf die erkrankten Theile mit der Hand verschleppt, von welcher Quelle sie aber stammen, vermag Verf. nicht zu sagen.

Adolf Sternthal (Braunschweig).

Pellizi. Ephidrose unilatérale de la face. Rivista di Patologia nervosa e mentale, Sept. 1896. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 785.

Die 26jährige Patientin Pellizi's zeigte an ihrer rechten Gesichtshälfte das Phänomen des halbseitigen Schwitzens. Auch bei der medicamentösen Darreichung von Pilocarpin, Salicylsäure u. s. w. trat es an der rechten Gesichtshälfte in stärkerem Masse auf, als am übrigen Körper. Patientin war sonst völlig gesund. — Verf. nimmt in diesem Falle eine functionelle Veränderung der nervösen Centra an, von denen die Schweissdrüsenregulirung der rechten Kopfhälfte ausgeht. Eine rechtsseitige Pupillenerweiterung, welche stets gleichzeitig mit der Ephidrosis auftrat, spricht ebenfalls für eine centrale Ursache.

Paul Neisser (Beuthen o. S.).

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Venerische Helkosen.

Audry, Ch. Traitement du chancre simple et de ses complications. Arch. méd. de Toulose. Nr. 12 u. 13. 1896, 1. Febr.

Audry berichtet über die praktische Therapie der Complicationen des einfachen Schankers. Er empfiehlt Erwärmen (und nicht Cauterisation) der ulcerirten Stelle mit der rothglühend gemachten Spitze des Thermokauters, die während einiger Augenblicke der Wunde genähert wird, sie aber nicht berührt. Das Jodoform bleibt das bei weitem beste Topicum.

Bei Phagedänismus Cauterisation mit Paquelin. Bei Phimosis, Circumcision und sofortige Zerstörung der Geschwüre mit dem Thermokauter. Ch. Audry (Toulouse).

Dubreuilh, W. et **Lanet**, A. Étude bactériologique sur le chancre mou et le bubon chancreux. (Archives cliniques de Bordeaux 1893, Nr. 10, 11., Referirt nach Baumgarten's Jahresbericht 1893).

Bei der Arbeit Dubreuilh's und Lanet's handelt es sich um Nachuntersuchungen über den Unna'schen Streptobacillus. Im Secret findet sich der Bacillus in Ketten und Gruppen, aber auch einzeln und zu mehreren eingeschlossen in Leukocyten, wogegen sich dasselbe in Schnitten nie intracellulär vorfindet, sondern nur in Ketten zwischen den Zellen des Infiltrates. Bezüglich der Adenitiden unterscheiden die Autoren a) rein schankröse mit inoculablem Eiter — in diesem findet sich constant der Streptobacillus — b) rein suppurirende, in denen die Mikroorganismen nicht nachgewiesen werden, die nicht impfbar waren und wahrscheinlich die Resorption von Toxinen an dem Schanker ihre Entstehung verdanken. Joh. Fabry (Dortmund).

Favre, Alex., Prof. ag. und **Barbezat**, D. L., Pharm. Der Bacillus des gangränösen Schankers und der Bacillus des Hospitalbrandes. Pathogenese und Therapie. Virchow's Archiv 1896, Band 145, Heft 2.

Ausgehend von der Schilderung 3 Fälle von gangränösen, äusserst rasch fortschreitenden Geschwürsprocessen der Mund- und Rachenschleimhaut, welche in einer Familie zuerst bei der Mutter, hernach nach einander bei 2 Söhnen auftraten, wovon erstere unter septischen Erscheinungen zu Grunde ging, sucht Favre den Nachweis zu erbringen, dass der gangränöse Schanker ein Process sui generis sei, der nichts mit dem ulcus molle simplex und dem Ducrey-Krefting'schen Bacillus gemeinsam habe. Herausgezüchtet wurde aus den grangränösen Partien ein noch nicht beschriebener Bacillus, der sich Kaninchen und Meerschweinchen gegenüber vollständig unschädlich erwies, während er beim Menschen in frisch gesetzte Hautwunden gebracht nach 24 Stunden Erscheinungen von Nosocomialgangrän erzeugte. Therapeutisch wurde bei zweien der oben erwähnten Krankheitsfälle, bei denen alle übrigen Mittel versagten, sowie auch bei den beiden Versuchsfällen am Menschen durch Application einer Lösung, die auf 1 L. Wasser 2 Gr. schwefligsaures Kali und 2 Tropfen Schwefelsäure enthielt, prompte Heilung erzielt.

Gustav Tandler (Prag).

Fournier, Henri. Sur le traitement du bubon chancrelleux et en particalier de l'exstirpation des variétés polyadénopathiques. Gaz. hebd. de méd. et D. chir. 1897. T. III, Nr. 19, p. 223. Thése de la Faculté de Toulouse.

Fournier glaubt, dass Bubonen bei Ulcus molle nicht nur nach der Eröffnung, sondern auch schon vorher chancrös werden können. Vor der eitrigen Erweichung sucht er sie durch Bettruhe, Compression und Vesicatoren zurückzubringen, nach derselben incidirt er mit oder ohne Auskratzung oder er excidirt das ganze Drüsenpacket.

Löwenheim (Breslau).

Gaither, A. Bradley. The Abortive Treatment of acute suppurative Adenitis of the Groin by Pressure Bandage. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. Baltimore, July 1896.

Für alle Fälle von Bubonen, bei welchen die Eiterung noch nicht sehr weit fortgeschritten ist, empfiehlt Gaither den Druckverband und hat sehr gute Erfolge damit gehabt. Ein faustgrosses Stück Baumwolle wird so lange zusammengerollt, bis es die Form des Bubo hat und denselben nicht vollkommen bedeckt. Darüber kommt ein grosses Stück fest gedrückter Baumwolle und wird sodann eine sehr feste Spicabandage angelegt. Der Schmerz war sehr verschieden; in den meisten Fällen wurde er nicht vermehrt, sondern nahm sogar rasch ab. In 18 Fällen gelang es, den Bubo 9 mal zu abortiren. In den Fällen, in welchen der Verband angelegt wurde, bevor Eiterung eintrat, konnte er günstige Resultate in 85% constatiren. In 4 bis 8 Tagen wurde der Verband erneuert und waren die Patienten während der ganzen Behandlung im Stande, ihrer Arbeit nachzugehen. Louis Heitzmann (New-York).

Gibert, P. Contribucion al estudio etiologico del chancro blando. (Gac. sanit. de Barcelona 1892, p. 125.) Ref. nach Baumgarten 1893.

Gibert hat aus weichen Schankern den Staphylococcus aureus rein gezüchtet und mit diesen Culturen positive Impfungen erzeugt und glaubt in Folge dessen den Nachweis erbracht zu haben, dass dem weichen Schanker ein specifisches Virus fehle. Joh. Fabry (Dortmund).

Goldenberg, S. M. Zur Casuistik der Schankergeschwüre in der Urethra. S.-A. aus „Südrussische medicinische Wochenschrift 1896, Nr. 8." Russisch.

Goldenberg beobachtete in seiner Privatpraxis elf Schankergeschwüre in der Urethra (8 Ulcera dura und 3 Ulcera mollia). Von diesen beschreibt Goldenberg 4 Fälle mit Ulcus durum, von denen in dem einen Falle es sich um Chancre erosif handelte. — In allen Fällen wurde die Diagnose vermittelst des Endoskops gestellt. Nach allgemeiner Behandlung gingen die Sclerosen vollständig zurück, während nach den weichen Geschwüren man zum Bougiren der Urethra gezwungen war.
A. Grünfeld (Rostow a. D.).

Jordan, Arthur. Ueber die Mikroorganismen des Ulcus molle. S. Petersburger med. Wochenschrift 1896, Nr. 1.

Jordan führte seine Untersuchungen an 34 Fällen nach den bekannten Methoden aus und bestätigt die Arbeiten von Ducrey, Krefting und Petersen. Die Bemühungen, Jordan's Culturen vom Ulcus-molle-Bacillus herzustellen, fielen negativ aus.
A. Grünfeld (Rostow a. Don.).

Lanz, Alfred. Zur Therapie der Ulcus molle. Deutsche Medicinische Wochenschrift 1896. 17.

Lanz macht darauf aufmerksam, dass man mitunter einen günstigen Einfluss auf die Heilung des Ulcus molle von dem innerlichen Gebrauche von Jodkalium sieht, auch wenn früher keine Lues bei diesem Patienten bestanden hatte. Max Joseph (Berlin).

Miekley, Joh. Statistische Beiträge zur Lehre des auf Ulcus molle folgenden Bubo inguinalis. Dermatologische Zeitschrift, 1896, Band III, Heft 4.

Miekley hat aus dem Krankenmateriale der beiden Berliner Garnisonslazarethe 2983 Fälle von weichem Schanker zusammengestellt und gelangt nun auf Grundlage der Bearbeitung dieser Krankheitsfälle zu folgenden Schlüssen: 35·233% aller Ulcera mollia sind von Bubo inguinalis gefolgt, ein Procentsatz, der mehr als ¹/₃ aller venerisch Kranken entspricht. Der Bubo betrifft häufiger die linken als die rechten Leistendrüsen, die beiderseitigen betragen 16·9% der Fälle. Auf Ulcus molle folgt um so eher ein Bubo, je mehr der Schanker an Partien des Penis sitzt, die mit einem reichlichen Lymphgefässsystem versehen sind, daher die Häufigkeit von Bubonen bei Ulcera am Frenulum, am Innenblatt des Präputium u. s. w. Die Häufigkeit der Bubonen bei den einzelnen Truppengattungen hängt ab von der „Disposition der Waffe", so dass die Cavallerie die meisten Bubonen, nämlich 47·6% aller Ulcera mollia, die Infanterie die wenigten, nämlich 34·6% aufweist. Die jährlichen Schwankungen in der Häufigkeit des Bubo zeigen zwei Culminationspunkte,

deren höherer im März, deren niedrigerer im September liegt. In dem Zeitraum von 1876 bis 1895 zeigen die Bubonen ein stetes Sinken bis 1886, dann ein rascheres Ansteigen und in den letzten Jahren ein unregelmässiges Verhalten; es scheint, als wollten sie seit 1891 wieder abnehmen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller ulcera mollia beträgt etwa 30 Tage, die der nicht mit Bubo complicirten 18·69, die der mit Bubo complicirten weichen Schanker 39·671 Tage, so dass die Behandlung des Ulcus molle durch Bubo inguinalis um 21 Tage verlängert wird. Die Heilungsdauer der operirten Bubonen beträgt durchschnittlich 50¹/₄ Tag, die der nicht operativ behandelten Fälle etwa 31 Tage. Die Therapie der Bubonen erheischte in 56% Incision, die übrigen 44% gingen auf Behandlung mit Unguentum cinereum u s. w. zurück. Die jährliche Einbusse an Mannschaften, welche das deutsche Heer durch den Bubo erleidet, beläuft sich auf 1400 Mann.

Gustav Tandler (Prag).

Mieckley, Johannes. Statistische Beiträge zur Lehre des auf Ulcus molle folgenden Bubo inguinalis. Inaug.-Diss. Berlin 1896.

Aus den Resultaten Mieckley's über seine statistischen Untersuchungen des auf Ulcus molle folgenden Bubo inguinalis sind folgende hervorzuheben:

Ungefähr 35% aller Ulcera mollia sind von Bubo inguinalis begleitet, und zwar tritt der Bubo um so eher auf, je mehr der Schanker an Partien des Penis sitzt, die mit einem reichlichen Lymphcapillarsystem versehen sind. Daher haben am meisten Bubonen die Schanker des Frenulum, dann die des inneren Präputialblattes u. s. w. Was die Waffengattung anbetrifft (die Statistik stammt aus den Berliner Garnisonslazarethen), so stehen oben an die Cavallerie mit 47·6%, dann folgen die Artillerie mit 39·1% und die Infanterie mit 34 6%.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Pusey, S. Bacille pathogène du chancre mou. (Bulletin de la Soc. de Dermat. et de Syphil. 1892 9. Juin, ref. nach Baumgarten's Jahresber. 1893.

Pusey, S. Bacillus of soft chancre. American Practioner 1893. ref. nach Baumgarten's Jahresbericht 1893.

Die Gründe, die Pusey für die Specifität des Unna'schen Bacillus anführt, erfüllen die erste Bedingung des Koch'schen Postulates, nämlich den Nachweis in den krankhaften Producten, dagegen fehlt bei diesem Autor die Reincultivirung und Impfung mit positivem Erfolge.

Joh. Fabry (Dortmund).

Rasch, C. Das venerische Geschwür auf Collum uteri Hospitalstidende 1896. Nr. 28. (Wird in diesem Archiv in deutscher Uebersetzung erscheinen.)

Reichel, Konrad. Ueber das Contagium des Ulcus molle und Ulcus serpiginosum.

Reichel fand in einem Ulcus serpiginosum einen Bacillus, der identisch ist mit dem von Unna beschriebenen Streptobacillus bei Ulcus molle. Er stimmt mit demselben in seinen positiven und negativen Eigenschaften vollkommen überein; auf dasselbe Individuum weiter geimpft, ruft er typische Ulcera mollia hervor, die keinen serpiginösen Charakter zeigten.

R. glaubt, dass die Frage über die Identität des Ducrey-Krefting'schen Bacillus und des Unna'schen dahin zu entscheiden sei, dass der erstere ein weiter vorgerücktes Entwicklungsstadium des Streptobacillus Unna's darstellt, und dass über diese Frage spätere gelungene Culturversuche Aufschluss geben dürften.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Thaler, Julius. Die Behandlung der Bubonen mit benzoesaurem Quecksilber. Inaug.-Diss. München, 1894.

Thaler berichtet über 29 Fälle von Bubonen, die in der Posselt'schen Klinik in München mit Injectionen von benzoesaurem Quecksilber behandelt worden waren. Die Resultate sind sehr verschieden: Bei vielen Patienten waren noch nachfolgende Aspirationen des Eiters oder Incisionen nothwendig, viele wurden ungeheilt oder nur gebessert entlassen, ohne dass über den weiteren Verlauf etwas mitgetheilt wird. Dabei sind nach den Injectionen heftige Schmerzen vorhanden, die Patienten müssen absolut Bettruhe einhalten, und trotzdem vergingen bis zur Heilung mindestens 3—4 Wochen: Resultate, wie sie auch bei der üblichen chirurgischen Behandlungsmethode erzielt werden. Es gibt eben nach Ansicht des Ref. Bubonen, die ohne jeden chirurgischen Eingriff bei Bettruhe, Compression, kalten Umschlägen etc. zur Heilung gelangen, andere, bei denen trotz aller frühzeitig angewandten Antiphlogistica die chirurgische Behandlung nicht zu umgehen ist.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Syphilis. Allgemeiner Theil.

Clarke, Jackson. Some cases of syphilis in children. Harveian Society of London. Ref. The Lancet 6. Juni 1896.

Jackson Clarke demonstrirte zuerst ein dreijähriges Mädchen, das nach der Geburt die Syphilis erworben hatte. Die Mutter des Kindes war, als letzteres 3 Monate alt war, an einem harten Schanker behandelt worden, und das Kind litt, als es im Alter von 12 Monaten zuerst in Behandlung kam, an einem allgemeinen Exanthem. Auf Hg. Inunctionen erfolgte Besserung. — Der zweite Fall betraf ein gesund aussehendes, 12jähriges Mädchen, die vor 3 Jahren kleine Gummata der Zunge hatte, welche ulcerirten und Fissuren und eine Glossitis superficialis hinterliessen. Das Mädchen hatte typische, Hutchinson'sche Zähne. Als sich das Kind zum ersten Male zeigte, war es fast blind

in Folge interstitieller Keratitis. Jetzt haben die Corneae ein normales Aussehen, und das Kind sieht gut. Es hat beständig Jod genommen. — Im dritten Falle handelte es sich um einen 10 Monate alten Säugling, der seit 3 Wochen in Behandlung stand. Als man das Kind zuerst sah, war es äusserst schwach und anaemisch und hatte Papeln am Anus. Weder Leber noch Milz vergrössert. Besserung auf Hg-Inunctionen.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Coffin. Note sur un cas de transmission de la syphilis Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 735.

Im Jahre 1825 herrschte in der Condé eine Syphilisepidemie, welche dadurch verursacht war, dass bei Frischentbundenen von Frauen, unter denen sich Syphilitische befanden, an den Brustwarzen gesaugt wurde, um die Milchseretion in Gang zu bringen und die Brustwarzen dem kindlichen Munde zugänglicher zu machen. Bei einer Reise im Norden Frankreichs fand Coffin diese Unsitte wieder, nur öfter mit dem schwer ins Gewicht fallenden Unterschied, dass statt der Frauen Männer dies Geschäft versahen. Bei der grösseren Häufigkeit der Syphilis bei Männern, bei dem durch Nikotin- und Alkoholgenuss bedingten häufigeren Vorkommen von Plaques im Munde der Männer hält Coffin diese Variante noch für bei weitem gefährlicher.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Constant. Infection d'une nourrice par un nourrisson syphilitique héréditaire. Gazette hebdom. 25 Février 1897.

Der Fall, forensisch von Wichtigkeit, ist kurz folgender: Ein anscheinend gesundes Kind wird einer Pflegemutter übergeben; einige Zeit, nachdem letztere es genährt, wird bei ihr und daraufhin auch bei dem Pflegekind die Syphilis diagnosticirt. Das Kind stirbt an hereditärer Lues; gleichzeitig hatte die Mutter ihr eigenes Kind genährt, welches gleichfalls an Lues stirbt. Die verzweifelte Mutter begeht Selbstmord. Der Mann, der sich an seiner Frau ebenfalls inficirt hat, erhebt Klage auf Schadenersatz von Seiten der Eltern des Pflegekindes. Dieselben werden z. Z. der Untersuchung als nicht syphilitisch befunden, doch lag die Conception des 9. Kindes einige Jahre zurück. Der Kläger wird mit seiner Klage abgewiesen. Fournier hatte als Sachverständiger die Entscheidung der Schuldfrage dem Gerichte überlassen.

G. Zuelzer (Breslau).

Coutts, J. A. The Hunterian Lectures on Infantile Syphilis. Delivered at the Royal College of Surgeons of England on March 23 od, 25 th, and 27 th. The Lancet. April 11., 18. und 25. und The Brit. Med. Journ. 25. April 1896.

Nachdem Coutts mit einigen einleitenden Sätzen auf die widersprechenden Ansichten hingewiesen hat, die über die Natur, ja sogar über das Vorhandensein der hereditären Syphilis bestanden, geht er dazu über, den Einfluss jedes der beiden Eltern auf die Uebertragung und Schwere der Krankheit zu schildern.

Einfluss des Vaters: Wenn man den Einfluss des Vaters auf die Häufigkeit der Uebertragung der Syphilis und auf die Schwere derselben beim Kinde betrachten will, so stellen sich dem verschiedene Umstände hindernd entgegen. Ganz abgesehen davon, dass die Länge der seit der Infection verstrichenen Zeit und der Einfluss der Behandlung das Bild trüben, liegt ein solch erschwerender Umstand darin, dass die Mutter in der gewöhnlichen Weise inficirt gewesen sein kann, ohne jetzt noch Zeichen der Krankheit aufzuweisen; dann wird es unmöglich, jedem der beiden Erzeuger seinen Antheil bei der Entstehung der Krankheit zuzumessen. Eine andere Schwierigkeit entsteht durch die Annahme, dass jede Mutter, die ein syphilitisches Kind gebiert, sich selbst vom foetus in utero inficirt hat — auf diesen Zufall wird Verf. später bei Betrachtung der „Syphilis durch Conception“ zurückkommen. Darin aber stimmen alle Autoren überein, dass ein grosser Procentsatz der Mütter syphilitischer Kinder keinerlei Anzeichen der Krankheit darbieten, auch nicht bei lange fortgesetzter, sorgfältiger Beobachtung. Und nur bei diesen Fällen kann eine Abschätzung des Einflusses vom Vater her unternommen werden. Nachdem Verf. die auf letzterer Basis beruhenden Statistiken Fournier's und Kassowitz's angeführt hat, gibt er an, dass er 100 Fälle von Familien gesammelt habe, bei denen die Mutter keine Zeichen von Syphilis darbot und die Krankheit anscheinend vom Vater allein herrührte und ebensoviele Fälle, bei denen die Mutter sicher syphilitisch war. Im ersten Falle waren 563 Schwangerschaften zu verzeichnen, von denen 187 mit Abort endeten; bei 193 wurden Kinder geboren, die früh wieder starben, und von 183 leben die Kinder noch. Das ergibt die hohe Mortalität von 56·6%, wobei aber, da es sich um Säuglinge aus dem Ostende Londons handelt, Armuth und andere Factoren vielleicht eine ebenso bedeutende Rolle spielen als die Syphilis. Aber die Sterblichkeit unter den afficirten Kindern ist es nicht allein, die berücksichtigt werden muss, vielmehr muss auch die Syphilis für den Tod des Foetus in utero und für die Leiden der am Leben bleibenden Kinder verantwortlich gemacht und diese somit in Rechnung gezogen werden. Fournier hat die Zahl der Aborte und die Zahl der an hereditärer Syphilis leidenden Kinder berechnet und durch Vergleich dieser Summe mit der Zahl aller Schwangerschaften den „index de nocivité“ für die vom Vater ausgehende Syphilis hergeleitet. Dieser Index beträgt 37%. — Durch die Länge der seit der Infection verstrichenen Zeit wird diese Uebertragungsfähigkeit des Vaters abgeschwächt und schliesslich aufgehoben, aber es ist ganz unmöglich eine Grenze anzugeben, von der ab eine Uebertragung nicht mehr möglich ist, da sie im einzelnen zu sehr variirt, wie Verf. durch Beispiele verschiedener Autoren zeigt. Er selbst sah einen Fall, bei dem noch das Resultat der 14. Schwangerschaft, 16 Jahre nach der Infection, ein syphilitisches Kind war. Wenn aber auch die Zeit die Uebertragungsfähigkeit abschwächt, so schwächt sie doch nicht das Virus des Vaters ab. Zwar werden von einer Reihe von Kindern, die ein syphilitischer Mann mit einer gesunden Frau zeugt,

gradatim die jüngeren immer leichtere Formen der Krankheit zeigen, aber diese Abnahme der Symptome bei aufeinanderfolgenden Kindern ein und desselben Paares, von dem der Vater allein syphilitisch ist, rührt nach Verf. Ansicht davon her, dass die Mutter vom Foetus gewisse Stoffe aufgenommen hat, und diese Stoffe nun in entsprechendem Verhältniss zur Zahl der Schwangerschaften in ihrem Blute kreisen. Wenn derselbe Mann, der mit einer Frau Kinder gezeugt hat, die keine Spuren der Krankheit mehr aufweisen, mit einer anderen Frau Kinder erzeugt, so könnten diese mit so virulenter Syphilis zur Welt kommen wie bei der ersten Conception der ersten Frau. — Die Erfolge der Behandlung auf die Einschränkung der Uebertragungsfähigkeit sind noch deutlicher als die der Zeit allein. Aber auch hier haben wir keinen Beweis, dass die Behandlung, und sei sie noch so energisch, ein abgeschwächtes Virus liefert, und wenn ein Mann die Krankheit überträgt, so geschieht dies mit derselben Intensität, als ob es ganz im Anfang der Krankheit geschähe. Was am Quecksilber merkwürdig erscheint, ist daher nicht seine Kraft, das übertragene Virus abzuschwächen, als vielmehr die, zeitweilig die Uebertragung überhaupt zu verhüten, zumal wenn es zur Zeit der Zeugung angewandt wird. Verf. gibt dafür Beispiele Fournier's und Diday's. Kurz bespricht er dann die verschiedenen Ansichten über die Zeit, wenn man einem Syphilitischen die Heirat gestatten dürfe und geht über zum:

Einfluss der Mutter: Es ist jetzt über allem Zweifel erhaben, dass Syphilis der Mutter auf ihr Kind übertragen werden kann, wenn auch der Vater gesund ist. Fournier's „index de nocivité“ für die materne Syphilis beträgt 84%, ist aber wahrscheinlich zu hoch.

Einfluss beider Eltern: Nachdem Verf. Fournier's und Kassowitz's Zahlen gegeben, bemerkt er: „Aus meinen Notizen über 100 Familien, in denen die Mutter syphilitisch war und in der grossen Mehrzahl auch der Vater, gewinne ich folgende Statistik: In diesen 100 Familien kam es zu 539 Schwangerschaften, von denen 189 mit Abort endigten; 203 mal wurden Kinder geboren, die früh starben, 147 mal lebende Kinder. Dies gibt eine Mortalität von 58% (also ähnlich wie bei den Fällen des Verf., bei denen der Vater allein inficirt war, und einen Fournier'schen Index von 92%).“ Diese Zahlen zeigen, dass der mütterliche Einfluss für die Nachkommenschaft verhängnissvoller ist als der des Vaters allein und dass der gemischte Typus der schlimmste von den dreien ist. Der verhängnissvollere Einfluss, durch den der eine Typus dem anderen überlegen ist, ist mit der Wirkung auf den Foetus in Utero erschöpft und dauert nach der Geburt nicht fort. Dass die mütterliche Syphilis auf den Foetus schwerer einwirkt als die des Vaters, beruht auf dem selten dafür angegebenen Grunde: dass nämlich die verderbten mütterlichen Säfte auf den Foetus in utero deletär wirken, und die leichte Steigerung bei dem gemischten Typus beruht auf der grösseren Sicherheit und Häufigkeit der Uebertragung. Für die Praxis macht es natürlich keinen prognostischen Unterschied, von welcher elterlichen Quelle her die

Syphilis abzuleiten ist. — Wie verhält es sich nun, wenn die Mutter während der Schwangerschaft inficirt wird, mit der Einwirkung auf den Foetus? Die verschiedenen Autoritäten widersprechen sich hier; jedenfalls ist es nicht unbedingt nöthig, dass der Foetus inficirt wird, wie ein Fall des Vortr. beweist, indem von Zwillingen das eine Kind schwer afficirt war, während das andere verschont blieb. Fälle, in denen der Foetus mit Syphilis inficirt ward, wenn die Mutter diese während der Schwangerschaft erwarb, sind selten, wenn sie auch, wie schon obiges Beispiel zeigt, möglich sind.

Syphilis durch Conception. Die Umkehrung der eben besprochenen Frage, nämlich die Einwirkung des durch die Placenta, von einem durch väterliche Sperma inficirten Foetus, zur Mutter zurückströmenden Blutes, bildet die viel umstrittene Frage der „Syphilis durch Conception". Vortr. weist auf die Lehren Diday's und Fournier's hin, dass nämlich jede Frau, die ein syphilitisches Kind geboren hat, von diesem inficirt sein müsse und wenn sie keine Zeichen der Krankheit darbiete, diese in einer latenten Form habe. Vortr. kann sich diesen Lehren nicht anschliessen. Dieselben gingen offenbar dadurch hervor, dass Mütter, die syphilitische Kinder geboren haben, sich gegen Syphilis immun verhalten. Aber in der Immunität gegen Syphilis liegt durchaus noch nicht, dass man eine Attaque dieser Krankheit durchgemacht haben müsse. Man muss die moderne Lehre, dass die Syphilis eine durch specifische Mikroorganismen verursachte Krankheit sei, als eine berechtigte Annahme zulassen. Ist dem so, so erfolgt die Heilung dadurch, dass sich durch die Pilze selbst chemische Stoffe bilden, die deren eigenem Wachsthum und Leben entgegenwirken. Nach Analogie mit anderen Erkrankungen ist dieses chemische Product vielleicht ein Antitoxin, das syphilitische Aequivalent des Diphtherieantitoxins. So erfolgt dann auch im Foetus, der vom Vater her active Mikroorganismen in sich birgt, die Bildung des „Syphilisantitoxins" und Niemand wird bestreiten können, dass dieses in die Circulation der Mutter übergehen könne. (Vortr. erwähnt den Namen Finger's nicht, aber es sind doch dessen Gedanken über den Gegenstand, die hier wiedergegeben werden. Ref.) Vortr. spinnt nun diese Theorie weiter aus: Wenn die Immunität der Mutter dadurch erlangt wurde, dass „Antitoxin" vom Foetus her resorbirt ward, so kann diese Substanz ihrerseits auch wieder auf den Foetus in utero rückwirkend zur Geltung kommen. Bei einer ersten Schwangerschaft kann die Resorption des „Antitoxins" durch die Mutter und dessen dadurch erfolgende Ausbreitung in beiden Kreislaufsystemen für den Foetus nachtheilig wirken, und so lässt sich bis zu einem gewissen Grade das schlechte Resultat erster syphilitischer Schwangerschaften erklären. Aber bei späteren Schwangerschaften wird das „Antitoxin" der Mutter auf den Foetus von Anfang an wirken und mit deutlicherem Erfolg. Mit jeder Schwangerschaft steigert sich die Menge des „Antitoxins" der Mutter und seine Anhäufung kann schliesslich genügen, um bei späteren Schwangerschaften die Krankheit zu heilen, obwohl der Vater sie die ganze

Zeit hindurch in voller Stärke überträgt. Diese Theorie würde also gut die besondere Schwere der Krankheit beim ersten Kinde einer Familie und das allmälige Abnehmen derselben bei jedem folgenden Kinde wie das schliessliche Verschwinden bei den letzten erklären; sie würde aber auch die grössere Gefahr, die durch die gemischte oder durch die mütterliche Syphilis für den Foetus in utero droht, im Vergleich zu der väterlichen Syphilis allein erklären. Nach dieser Theorie würden ferner die späteren Kinder einer syphilitischen Familie, wenn sie auch keine Anzeichen der Krankheit darbieten, gegen diese immun sein und vielleicht auch die ersten Kinder eines zweiten Ehemannes, der gesund ist, mit einer Frau, die einem früheren Ehemanne syphilitische Kinder geboren hat. Schliesslich würde sie auch darauf hinweisen — wenn die Serumbehandlung der Syphilis weiterer Versuche gewürdigt wird — dass das Serum von Müttern genommen werden sollte, die syphilitische Kinder geboren haben, selbst aber gesund geblieben sind, und nicht von Personen, die an tertiären Symptomen erkrankt sind.

Vortr. wendet sich in der II. Vorlesung zu den Symptomen der hereditären Syphilis und bemerkt, dass sie vor allem einen Marasmus hervorrufe, der das erste Symptom sein kann oder erst im 3. bis 4. Monat erscheint. Bei diesen atrophischen Kindern braucht kein anderes Anzeichen der Syphilis vorhanden zu sein; entweder sind eben andere Symptome überhaupt nicht dagewesen oder Schnüffeln. Ausschlag und andere Erscheinungen waren zu unbedeutend, als dass sie die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt hätten. Bei diesen Fällen findet sich eine Atrophie der secernirenden und absorbirenden Flächen des Intestinaltractes, so dass z. B. der Dünndarm seiner Mucosa und Muscularis beraubt ist und nur noch ein halbdurchscheinendes Peritonealrohr darstellt. Die Leber ist fettig degenerirt. Dadurch ist natürlich eine genügende Verdauung unmöglich gemacht. Diese Veränderungen des Intestinaltractes erklären es auch, dass in der ungeheueren Mehrzahl der Fälle das Quecksilber beim syphilitischen infantilen Marasmus wirkungslos bleibt.

Initiale Symptome erscheinen — nach übereinstimmenden Angaben aller Beobachter — in der Mehrzahl der Fälle im zweiten Lebensmonat und nur ausnahmsweise später als nach Ablauf des dritten Monats, doch hat Vortr. Fälle gesehen, bei denen Schnüffeln und Ausschlag sich zuerst nach dem 6. Monat zeigten, und einen oder zwei, bei denen gar die primären Erscheinungen erst im 2. Lebensjahre auftraten. Solche Fälle könnten als Relapse aufgefasst werden, bei denen die ersten Symptome übersehen wurden. Doch bemerkt Vortr. hiergegen, dass seiner Erfahrung nach Relapse der Hautaffection in den späteren Monaten des Säuglingsalters selten sind und sich eher als mucöse Tuberkel oder Condylome äussern. Ausserdem ist nicht einzusehen, wenn man eine „Syphilis tarda" zulässt, weshalb dann nicht auch die initialen Erscheinungen der hereditären Syphilis bisweilen in einem etwas späteren kindlichen Alter, als gewöhnlich angenommen, zum Vorschein kommen könnten. — Da das Schnüffeln ein so hervorstechendes Symptom der hereditären Syphi-

lis bildet, hat es sicher oft zur irrthümlichen Diagnose jener Krankheit geführt, falls diese Diagnose auf dem Schnüffeln allein beruhte. Die so hochgradige Empfindlichkeit der kindlichen Nasenschleimhaut im ersten Lebensjahre lässt bei Erkältungen leicht Schnüffeln entstehen, besonders kann aber die von Henoch beschriebene Coryza acuta der Kinder zu Irrthümern Veranlassung geben. Gewöhnlich führt die syphilitische Nasenaffection, die das Schnüffeln verursacht, zu keiner Verunstaltung der Nase; in einer Anzahl von Fällen jedoch wird die Nasenwurzel verbreitert und eingedrückt. Hierbei fand Vortr. niemals Foetor, noch Ausstossung von Knochen oder Knorpelstückchen; er glaubt vielmehr, dass die Deformität durch Störungen der Ernährung der Knorpel und daraus folgende mangelhafte Entwickelung bedingt sei. Natürlich gilt dies nur von dieser Nasenaffection der frühesten Kindheit; etwas anderes ist es mit den Verunstaltungen durch hereditäre Syphilis in späterem Alter. Diese treten gewöhnlich vom 4. Lebensjahre bis zur Pubertät auf und beruhen auf Zerstörung der Knochen. — In der frühen Kindheit bleibt der Pharynx gewöhnlich vollständig normal, ebenso die Mundhöhle; in Ausnahmefällen treten vom 4. Monat auf den Tonsillen, dem Rachen, dem Gaumen und der Wangenschleimhaut vereinzelte, specifische Geschwüre auf. Fissuren der Lippen treten ebenfalls später auf als in den Lehrbüchern angegeben wird. Gerade die Seltenheit von Geschwüren im Munde und ihr spätes Erscheinen im Verlaufe der Krankheit ist von grosser Bedeutung für die Verbreitung der Syphilis an Kindern auf andere. Ebenso wie mit den Geschwüren verhält es sich mit den Schleimpapeln in den Mundwinkeln und an anderen Körperstellen; auch diese sind oft als eines der ersten Kennzeichen hereditärer Syphilis beschrieben worden, während sie in Wirklichkeit zu den späteren Erscheinungen gehören und das gewöhnliche Symptom aller Relapse bilden. Sie kehren, oft als einziges Anzeichen der Krankheit, von Zeit zu Zeit wieder, bis das Kind 5—6 Jahre alt ist. — Vortr. geht alsdann zur Schilderung der verschiedenen Hautausschläge über, bei deren Beschreibung und Classification er sich an Radcliffe Crocker's „Treatise on Diseases of the Skin“ anlehnt und hebt besonders den diagnostischen Werth der von Barlow zuerst beschriebenen „syphilitischen Furunkel“ hervor.

Viscerale Erkrankungen. Viel häufiger und früher als bei der acquirirten Syphilis erkranken bei der hereditären die Eingeweide; ja deren Erkrankung bildet sogar einen der hervorstechendsten Züge der hereditären Syphilis. Am häufigsten erkrankt sind Leber und Milz; letztere ist thatsächlich nur in der Minorität der Fälle normal gross. Vortragender fand bei 100 Fällen 62mal Milzvergrösserung und bei 19 ausserdem die Milz wahrscheinlich grösser als normal. Gee fand nur bei 45% seiner Fälle Milzvergrösserung. Diese besteht gewöhnlich von der Geburt ab und wird schon in utero gefunden (Untersuchungen von Mewis an 92 macerirten, syphilitischen Foeten ergaben bei 72 i. e. 78% Milzvergrösserung). Pathologisch-anatomisch findet sich bei der Milzvergrösserung nichts Specifisches, es handelt sich vielmehr um einfache

Hyperplasie aller die Milz constituirenden Elemente. — Nach der Milz ist die Leber das am häufigsten erkrankte Eingeweide, nur sind die leichteren Vergrösserungen dieses Organes schwerer zu erkennen. Auch hier besteht die Vergrösserung meist von Geburt an und beruht auf interstitieller Hepatitis, neben der Zellatrophie, Zerstörung von Blutgefässen und Verdickung der Kapsel einhergeht. Ascites tritt sehr selten ein, Icterus häufiger und gibt eine schlechte Prognose. Dass die Thymusdrüse häufig erkranke, wie Dubois zuerst 1850 beschrieb, lehnt Vortr. ab, da die von Dubois beschriebenen Veränderungen auch in der Thymus von Kindern gefunden werden, die an anderen Affectionen gestorben sind. Ebensowenig konnte er sich von einer Erkrankung des Pancreas überzeugen, da die gewöhnlich als pathologisch geschilderte Härte derselben bei hereditär-syphilitischen Kindern ein physiologischer Zustand ist, der sich überhaupt bei jungen Kindern findet.

Knochenerkrankungen. Knoten am Schafte der langen Knochen sind bei hereditärer Syphilis sehr selten. Vortr. sah sie nie bei Kindern unter 18 Monaten; bei älteren Kindern finden sie sich gelegentlich in Gemeinschaft mit Hutchinson'schen Zähnen und interstitieller Keratitis. Sie sind ebenso localisirt wie die Knoten bei den Erwachsenen in Folge acquirirter Syphilis, reagiren aber nicht so gut wie letztere auf Jod. Im Gegensatze zu den langen Knochen weisen die des Schädels häufig Knoten auf; namentlich die Untersuchungen von Parrot haben den periostalen Ursprung der wohlbekannten Knochenbuckel bei hereditärer Syphilis klar erwiesen. Sie können vielfach am Schädel auftreten, sind aber am häufigsten auf den Stirn- und Scheitelbeinen, nahe den Rändern der vorderen Fontanelle gelegen. Leicht werden die Knochenbuckel der Rhachitis mit jenen der hereditären Syphilis zusammengeworfen; aber die rhachitischen Knochenbuckel beschränken sich auf Verstärkungen der Stirn- resp. Scheitelbeinhöcker, während Mocnamara darlegte, dass gerade diese Höcker bei ausgebreiteter Schädelsyphilis die einzigen Theile sind, die der Erkrankung entgehen. Dadurch lässt sich bei frühen Fällen der syphilitische von dem rhachitischen Schädeltyphus unterscheiden. Allerdings ist Rhachitis eine so häufige Complication der hereditären Syphilis, dass nach dem 6. Lebensmonat meist ein gemischter Typus anzutreffen ist. Indessen dauern die syphilitischen Knochenbuckel selten über das erste Lebensjahr hinaus und hinterlassen keine Spur ihrer früheren Anwesenheit.

Die wichtigste und häufigste Knochenerkrankung ist die Entzündung der Epiphysen und der Verbindung zwischen diesen und dem Knochen. Vortr. bespricht die Untersuchungen Wegner's und seiner Nachfolger und hebt hervor, dass die deutschen Autoren das Fehlen von Epiphysenerkrankung geradezu als Beweis dafür ansehen, dass ein Kind frei von Syphilis war, während die Engländer der Erkrankung bisher weniger Aufmerksamkeit geschenkt haben. Jedenfalls stimmen aber darin die Ansichten überein, dass diese Epiphysitis nur in Ausnahmefällen als klinisches Symptom zur Betrachtung auffordert. In ihrer milderen Form

kann sie bisweilen durch den Druckschmerz über den Epiphysen der Röhrenknochen diagnosticirt werden, besonders an den unteren Enden der Humeri und der Vorderarmknochen. Aber Schmerz ist keine unbedingt nothwendige Begleiterscheinung syphilitischer Epiphysitis; und es kann beträchtliche Schwellung der Epiphysen mehrerer Knochen bestehen, ohne dass irgend welche deutliche Empfindungen vorhanden sind. Diese mit oder ohne Schmerz einhergehende Epiphysenschwellung kann, da sie einer congenitalen Laesion ihr Dasein verdankt, bei ganz jungen Kindern erscheinen. Ist aber die Auftreibung der Epiphysen einigermassen bedeutend, so betrifft sie gewöhnlich Kinder vom 3. Monat an bis zum 6.; jenseits des letzteren ist sie selten. Einige Autoren geben differentialdiagnostische Kennzeichen dieser syphilitischen Erkrankung von jener, welche die Rhachitis an denselben Stellen hervorbringt, doch ist eine Verwechslung beider Affectionen kaum denkbar. — Der Ausgang der Epiphysenerkrankung in Vereiterung ist bei Kindern unter 1 Jahr selten. Bei älteren Kindern ist sie vielleicht häufiger. Eine symmetrische suppurative Epiphysitis bei 1—3 Jahre alten Kindern genügt dem Vortr., um bei ihm starken Verdacht auf Syphilis zu erwecken. Ist mithin die Suppuration nach Epiphysitis bei den langen Röhrenknochen selten, so ist sie ziemlich häufig nach der Epiphysitis der Phalangen, der „Dactylitis syphilitica". — Die Pseudoparalysis syphilitica, die gewöhnlich in Beziehung zu der Epiphysitis gesetzt wird, hat nach des Vortr. Ansicht mit letzterer nur insofern zu thun, als durch die Epiphysenerkrankung Störungen in den peripheren Nerven hervorgerufen werden. Vortr. sah etwa ein Dutzend Fälle, die alle bei Kindern unter 3 Monaten, meistens sogar unter 6 Wochen auftraten. Mehrfach war die Paralyse das früheste Symptom der hereditären Syphilis. In allen Fällen waren nur die Arme ergriffen, resp. ein Arm, denn beide Arme waren nur 3mal afficirt.

Acquirirte Syphilis der Kinder. Nachdem Coutts die Ansichten von Colles, Diday, Hutchinson, Radcliffe Crocker dargelegt hatte, gibt er ausführlicher die Unterschiede zwischen hereditärer und acquirirter Syphilis der Kinder, wie sie Kassowitz festgestellt hat. Nach Coutt's Erfahrungen ist die häufigste Ausschlagsform bei der acquirirten Syphilis der Kinder genau wie bei den Erwachsenen die Roseola und ihre gewöhnliche Vertheilung dieselbe auf allen Altersstufen, nämlich: Vorderseite der Brust, Abdomen und in geringerem Grade die Beugeseiten der Extremitäten. Bei den meisten Fällen fand Vortr. ausserdem Rachenerscheinungen wie beim Erwachsenen — im Gegensatz zur hereditären Form, bei der ja, wie erwähnt, der Rachen in der Regel frei bleibt. — Das hervorstechendste Symptom jedoch der acquirirten Form liegt in der Spärlichkeit und dem kurzen Bestehen des Ausschlages, der auch fehlen kann, und in dem frühen Auftreten üppig wuchernder, Condylome. Die primären Schanker bieten dasselbe Aussehen dar wie die der Erwachsenen.

Ansteckungsfähigkeit der hereditären Syphilis. Während Colles, Diday und Fournier die hereditäre Syphilis für ausser-

ordentlich ansteckend halten, ist Vortr. der Ansicht, dass die Ansteckungsfähigkeit der Krankheit gewaltig übertrieben worden sei. Er selbst und all seine Collegen am „Shadwell Kinderkrankenhause" in London haben unter tausenden von Fällen hereditärer Syphilis nur 5 Fälle finden können, bei denen eine Infection anderer stattgefunden hatte, obwohl diese Kinder von anderen Frauen — neben ihren eigenen Müttern — gestillt, oft geküsst und geliebkost wurden. Auch andere englische Aerzte mit grosser Erfahrung wissen nichts oder nur vereinzelte Ausnahmen von Ansteckungen durch hereditär-syphilitische Kinder zu berichten. Weshalb die hereditäre Syphilis so wenig ansteckend sei, sucht Vortr. dadurch zu erklären, dass ja diese Erkrankung nicht erst von der Geburt, sondern schon von der Conception an bestehe, so dass die Syphilis zu der Zeit, wenn die Symptome auftreten, etwa schon ein Jahr alt sei und so schon durch die längere Dauer ihres uterinen und extrauterinen Bestehens an der ursprünglichen Virulenz eingebüsst habe. Vortr. hat ja auch im Anfang dargelegt, dass nach seiner Ansicht von der Mutter während ihrer ersten Schwangerschaft gewisse Producte resorbirt wurden, die dann die folgenden Schwangerschaften beeinflussten und so die Krankheit und deren Ansteckungsfähigkeit bei den Kindern gewaltig veränderten. Demnach müsste ein erstes Kind eher im Stande sein, die Krankheit zu übertragen als die folgenden, und Vortr. hat den Eindruck, dass die Geschichten authentischer Fälle solcher Infectionen seine Meinung bestätigen. Ein anderer Grund (dem mehr Gewicht beizulegen ist), weshalb die Infection durch hereditäre Syphilis selten ist, liegt in der Seltenheit specifischer Geschwüre am und im Munde der Kinder. — In deutlichem Gegensatz zur Seltenheit der Infection durch hereditäre Syphilis steht die Häufigkeit, mit der die acquirirte Form bei Kindern Infectionen anderer veranlasst. Sie führt häufig zu ausgebreiteten Familieninfectionen.

Zum Schlusse geht Vortragender kurz auf das Colles'sche Gesetz ein, das ja aus zwei Sätzen besteht, nämlich 1. dass die Mutter eines hereditär-syphilitischen Kindes sich nicht von ihrem eigenen Kinde inficiren kann und 2. dass solch ein Kind unfehlbar eine gesunde Amme ansteckt. Der zweite Theil wird von den meisten Autoren gar nicht beachtet, wenn sie die absolute Giltigkeit des Gesetzes beweisen wollen; er ist, wie Vortr. soeben gezeigt hat, nicht richtig. Aber auch vom ersten Satze gibt es sichere Ausnahmen. Da diese aber sehr selten sind, so werden wir uns nicht abhalten lassen, den Müttern hereditär-syphilitischer Kinder das Stillen ihrer eigenen Kinder anzurathen, zumal zur Erhaltung ihrer Kräfte und ihrer Ernährung nichts so wesentlich ist, als die Muttermilch. Man würde das Stillen nur verbieten, wenn die Brustwarzen der Mutter Excoriationen haben, oder das Kind Ulcerationen oder Fissuren am Munde aufweist.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Duckworth, Dyce. The Lumleian lectures on the sequels of diseases. Lecture III. The Lancet. 11. April 1896.

Duckworth beschäftigt sich in diesem Vortrage u. A. mit den Folgen der Syphilis und des Trippers. Er erwähnt zunächst das Auftreten schwerer, nervöser Störungen im Frühstadium der Syphilis, ferner dass auch schon zu dieser Zeit schwere Arterienerkrankungen vorkommen, während man diese gewöhnlich dem tertiären Stadium zuschreibt. Die tertiären Erkrankungen fasst Vortr. als locale und nicht als constitutionelle auf. Im secundären Stadium kreisen Mikroorganismen reichlich im Blute, die in den verschiedenen Geweben Keime zurücklassen. Diese liegen unthätig, bis ein Reiz ihre Entwicklung und damit Gewebsneubildungen und andere tertiäre Manifestationen herbeiführt. Blut und Secrete der Patienten sind im tertiären Stadium nicht infectiös. In der Majorität der Fälle heilt die Syphilis unter geeigneter und genügend lange fortgesetzter Behandlung, und so kann man das Auftreten von Späterscheinungen entweder dadurch erklären, dass im Anfang die Diagnose nicht richtig gestellt wurde, oder dass die Behandlung ungenügend war. — Tabes dorsalis und Paralysis progressiva sind oft Folgen syphilitischer Infection; besonders beweisend für diese Ansicht sind Fälle, in denen sowohl Ehemann als Ehefrau beide an Tabes resp. an Paralyse litten. Es kommt auch vor, dass der Mann Tabes und die Frau progressive Paralyse hat und umgekehrt. Eine weitere Folge der Syphilis ist die hereditäre Form der Krankheit, ferner Aneurysmen. Eine Folge congenitaler Syphilis kann die Raynaud'sche Krankheit sein.

Die Folgen specifischer gonorrhoischer Infection sind wohl bekannt als Ophthalmie, Gelenkrheumatismus und Plattfuss. Das vom Gonococcus erzeugte Toxin ist bisweilen äusserst virulent und kann — nach Gowers — eine sich rasch ausbreitende Myelitis verursachen. Dass Stricturen nach Gonorrhoe auftreten, ist bekannt, weniger dass letztere maligne Endocarditis hervorrufen kann, ferner Pericarditis, Pleuritis und Peritonitis. Bei Frauen verursacht sie Ovariitis und chronischen Pyo-Salpinx. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Gibert. Coexistence de lésions syphilitiques et tuberculeuses chez le même sujet. (Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie.) XLIV Nr. 18.

Gibert stellt in der Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux einen 25jährigen Kranken vor, der vor einem Jahr einen Primäraffect des Zahnfleisches acquirirt hatte und jetzt einen fast über den ganzen Körper verbreiteten Lichen syphiliticus aufweist. Ausserdem finden sich am Hals vergrösserte und erweichte Drüsen, die G. als tuberculös ansieht. Diese Combination von Tuberculose und Syphilis soll eine ungünstige Prognose geben. J. Schäffer (Breslau).

Hamonic. La syphilis par l'allaitement. Journal des mal. cut. et syph. 1897, p. 174.

Das in dem unten beschriebenen Process gefällte Urtheil mit seinen Motiven greift Hamonic auf das Energischste an. Es sei erwiesen gewesen, dass das Kind hereditär syphilitisch war, dass die Amme vorher gesund war, von diesem inficirt worden ist, dass das betreffende Kind das

Kind der verklagten Eltern war, mithin habe die klagende Partei ihre Schuldigkeit gethan und den Beweis erbracht. Es sei eventuell dann Sache einer Privatklage zwischen den Ehegatten, nachzuweisen, wer der Syphilitische, also der Schadenersatzpflichtige sei; jedenfalls hätten in dem Process beide Ehegatten verurtheilt werden müssen. H. plaidirt energisch für endliche gesetzliche Regelung dieser Frage.

Communication de la syphilis par un enfant à sa nourrice. Responsabilité des parents. Silence du médecin. Responsabilités. Journal des mal. cut. et syph. 1897, p. 115.

Ein Ehepaar hatte ihr anscheinend gesundes Kind auf das Land zu einer Amme gegeben. Nach einigen Wochen zeigten sich bei dem Kinde die Anzeichen hereditärer Lues, an der es auch zu Grunde ging. Die syphilitisch inficirte Amme inficirte nach einander ihr eigenes Kind, das ebenfalls bald starb, und ihren Mann; aus Verzweiflung hierüber beging sie Selbstmord. Nun klagte der Ehemann gegen die Eltern auf Schadenersatz; diese Klage wurde jedoch in 2. Instanz abgewiesen, weil der als Sachverständiger fungirende Prof. Fournier an beiden Ehegatten keinerlei Anzeichen von recenter oder überstandener Syphilis constatiren konnte, das Gericht mithin nicht im Stande war, festzustellen wer von beiden Gatten der Syphilitische, resp. also der schuldige Theil sei und weil es eine Ungerechtigkeit gewesen wäre, beide Ehegatten also eventuell den Unschuldigen mit dem Schuldigen zu verurtheilen. Im Anschluss hieran wird eine Entscheidung des Civiltribunals von Amiens citirt, nach dem auch der Arzt, der ein hereditär syphilitisches Kind von einer gesunden Amme nähren, resp. bei den ersten Anzeichen der Krankheit nicht absetzen lässt und nicht alle Vorsichtsmassregeln trifft, damit die Amme nicht inficirt wird, dieser schadenersatzpflichtig ist.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Haslund, Alex. Syphilis maligna. Hospitalstidende 1896, Nr. 32, 33, 34.

Siehe dieses Archiv XXXVIII. Band, 3. Heft, 1897.

Heuss, E. Zwei Fälle von extragenitaler Syphilisinfection. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XXII.

Heuss veröffentlicht zwei Fälle von extragenitaler Syphilisinfection. Bei dem einen Fall handelte es sich um eine Sclerose an der l. Hinterbacke, 2 Cm. oberhalb des Anus, bei dem zweiten um einen Primäraffect an der Unterlippe. Der Verlauf der Lues im ersten Falle war ein verhältnissmässig leichter, bei dem zweiten complicirt mit schwereren Allgemeinerscheinungen und doppelseitiger Iritis. Verf. wendet sich gegen die Behauptung, dass der Verlauf der Syphilis nach extragenitaler Infection ein schwererer sei, und führt diese Beobachtung vielmehr auf zahlreich vorhandene äussere und innere Momente zurück. Auch bei den früher von ihm beobachteten Fällen extragenitaler Infection konnte er einen schwereren Verlauf der Syphilis nicht constatiren.

Ludwig Waelsch (Prag).

Klotz, Hermann G. Dürfen Syphilitische heiraten? New-Yorker medicin. Monatschrift VIII, Nr. 11, Nov. 1896.

Klotz's Vortrag war bestimmt, in der Deutschen medicin. Gesellschaft zu New-York die Discussion über obige Frage einzuleiten. Auf die Schwierigkeiten hinweisend, welche bei dem Mangel des Thierexperimentes und dem einer sicheren, umfassenden Statistik einer wirklich wissenschaftlichen Behandlung irgend einer die Syphilis betreffenden Fragen entgegenstehen, zieht er zuerst die der Heilbarkeit der Syphilis in Betracht. Für dieselbe sprechen die allerdings nicht sehr zahlreichen, über jeden Zweifel erhabenen Fälle von Reinfection, sowie die sichere Erfahrung, dass eine grosse Anzahl der Inficirten lange Jahre nach der Infection in völliger Gesundheit leben und dass nur an einem verhältnissmässig geringen Procentsatz tertiäre Erscheinungen zur Beobachtung kommen. Indess sind wir im Einzelfalle nicht im Stande, den positiven Nachweis zu liefern, ob das Individuum völlig frei von Syphilis ist. Daher müssen die etwaigen Gefahren berücksichtigt werden. Dieselben bestehen 1. in der Gelegenheit zur Ansteckung der Eheleute untereinander, und zwar glaubt Klotz, dass der geschlechtliche Umgang nicht vielmehr Veranlassung gebe als zufällige Infection von Affectionen der Schleimhäute der Lippen, des Mundes etc. ausgehend. Indess verschwinde die Inocubilität doch früher oder später, wenn eine bestimmte Zeit auch nicht angegeben werden könne. Auf problematische Fragen wie die Infection der Mutter durch den Foetus wird nicht weiter eingegangen. In 2. Linie steht die Gefahr der Uebertragung auf die Nachkommen; auch dafür lässt sich ein bestimmter Zeitpunkt nicht angeben. Die Syphilis des Vaters ist jedenfalls von viel geringerem Einfluss als die der Mutter und wird von manchen Seiten gänzlich angezweifelt. Im Allgemeinen gestaltet sich das Verhältniss günstiger, je weiter entfernt der Zeitpunkt der Infection. Aufmerksam gemacht wird auf die Beeinflussung der Zeugungsfähigkeit durch locale syphilitische Erkrankung der Zeugungsorgane, besonders beim Manne.

Der 3. in Frage kommende Punkt ist die durch die Syphilis bedingte Beeinträchtigung der Gesundheit und damit der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, beziehentlich die Abkürzung der Lebensdauer bes. des Familienvaters. Abgesehen von den Erkrankungen des Nervensystems, bei denen sich am wenigsten eine strenge Grenzlinie zwischen secundären und tertiären Erscheinungen ziehen lässt, handelt es sich hier fast ausschliesslich um die tertiäre Syphilis, da mit Ausnahme der Augen secundäre Symptome wohl kaum bleibende Nachtheile hinterlassen. Allerdings haben die Beziehungen verschiedener Erkrankungen des Nervensystems zur Syphilis im Ganzen die Prognose derselben verschlechtert, allein es ist zu bedenken, dass nach neueren Beobachtungen die tertiären Erscheinungen am häufigsten vom 2. bis 5. Jahre nach der Infection auftreten, und dass nur ein gewisser Procentsatz der Inficirten überhaupt dieselben zeigt. Demnach verringert sich diese Gefahr auch ganz bedeutend nach Ablauf einiger Jahre.

Klotz kommt also zu dem Schlusse, dass unter gewissen Bedingungen den Syphilitischen das Heiraten zu gestatten sei.

Hermann G. Klotz (New-York).

Lenz. Syphilis insontium. Wien. klin. Rundschau 1896. Nr. 39—44.

Lenz bearbeitet in ausführlicher Studie das Capitel der Syphilis insontium, zu der er, ausgehend von L. D. Bulkley's statistischer Bearbeitung dieses Themas, die Syphilis e coitu legitimo, Syphilis hereditaria und Syph. extragenitalis rechnete. Als Basis seiner Auseinandersetzungen dient ihm theils die erwähnte Arbeit Bulkley's, theils ein Material von 47 Fällen der Prager Kliniken aus den letzten 17 Jahren. Zehn Fälle davon sah Lenz selbst im Verlaufe des letzten Jahres u. zw. davon 5 an den Lippen oder am Mundwinkel, 1 an der Bauchhaut 1, an der Wange, 1 an der Brustwarze, 1 an der Tonsille, 1 am Daumen. Es entspricht die S. insontium ungefähr 10% aller Syphilitischen, die in dieser Zeit an den Kliniken Prags behandelt wurden, ein Percentsatz, welcher auch annähernd mit jenem von Bulkley erbrachten äquivalirt. Die S. insontium tritt heutzutage kaum mehr epidemisch, sondern nur sporadisch auf u. zw. je nach der Art des Ansteckungsmodus als S. oeconomica, brephotrophica (während der Ernährung oder Erziehung der Kinder gegenseitig erworben) und als S. technica, während des Berufes, gewisser technischer Verrichtungen erworben, auf. Für alle diese Ansteckungsweisen bringt der Autor zahlreiche Beispiele aus der Literatur. Zum Schlusse erwähnt Verf. die wichtigsten gegen die S. insontium bereits bestehenden oder wünschenswerthen prophylaktischen Massnahmen.

Ullmann (Wien).

Lenz, Wilhelm. Beiträge zur Aetiologie der tertiären Syphilis. Inaug.-Diss. Bern 1896.

Lenz hat das Material an tertiärer Syphilis der Berner Klinik sowohl wie der Privatpraxis des Herrn Prof. Lesser aus den Jahren 1892—1895 einer Durchsicht unterzogen mit Bezug auf die Frage, inwieweit das Auftreten der tertiären Syphilis auf ungenügende oder fehlende Behandlung in der Frühperiode zurückzuführen sei.

Es erkrankten an tertiären Erscheinungen

	klinisches Material	Privatpraxis
Männer	20·5%	16·4%
Frauen	21·2%	29·4%

Die weitaus grösste Zahl erkrankte in den ersten 4—5 Jahren nach der Infection.

Von den klinischen Patienten waren

	unbehandelt	1 Hg-Cur	2 Hg-Curen	ohne Anamnese
Männer	83·7%	1·1%	8·4%	3·4%
Frauen	86·9%	1·1%	—	5·6%

Aus der Privatpraxis waren

	unbehandelt	ungenügend behandelt	genügend behandelt	ohne Anamnese
Männer / Frauen	28%	45·6%	16%	10·4%

Nimmt man zu diesen Zahlen die übereinstimmenden Resultate anderer Forscher, so ist man durch diese Thatsachen gezwungen anzunehmen, dass eine fehlende oder mangelhafte Quecksilberbehandlung zur Zeit der Frühperiode dasjenige Moment ist, welches in erster Linie das Auftreten der tertiären Syphilis verschuldet. Als beste Behandlungsmethode empfiehlt Lenz die chronisch-intermittirende nach Fournier.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Lustgarten, S. Wann und unter welchen Bedingungen dürfen Syphilitische heiraten. New-Yorker medicin. Monatschrift VIII, 11. November 1896.

Lustgarten's Vortrag wurde bei Gelegenheit einer Discussion über obige Frage in der Deutschen medicinischen Gesellschaft zu New-York gehalten. Er betont den Mangel eines statistisch verwerthbaren grösseren Materials. Da es sich nur um Durchschnittsergebnisse der Beobachtung handeln könne, bleibe es die Pflicht des Arztes, alle Umstände sorgfältig zu erwägen und streng zu individualisiren. In Betracht kommen 1. die Gefahr der Uebertragung auf die andere Ehehälfte und 2. die Gefahr der Uebertragung auf die Nachkommen; letztere Frage muss für die beiden Geschlechter in verschiedener Weise beantwortet werden. Im Einzelfalle sind zu berücksichtigen:

1. der seit der Infection verflossene Zeitraum,
2. die stattgefundene Behandlung,
3. die Länge der symptomfreien Periode,
4. die Qualität der Erkrankung.

Zur Beurtheilung dieser Punkte dienen einige aus der Erfahrung abgeleitete Gesetze, die trotz vorkommender Ausnahmen im Grossen und Ganzen zu Recht bestehen, nämlich:

1. Die Contagiosität erlischt meist nach 2—3, seltener nach 4 bis 5 Jahren oder später. Die mehr oberflächlichen und erosiven Läsionen der Frühperiode, ihre Localisation an den Genitalien und am Munde, ihre Schmerzlosigkeit, die Neigung zu Recidiven neigen am meisten zur Ansteckung. Die mehr vereinzelten, tiefer localisirten, häufig schmerzhaften Producte der Spätperiode geben wegen dieser äussern Momente weniger leicht Veranlassung zur Infection; dass dieselben nicht ansteckend seien, hält Lustgarten für eine irrige Ansicht. Im praktischen Sinne ist Syphilis heilbar, ohne dass theoretisch der Beweis geliefert werden könne, auch nicht durch die Reinfection.

2. Auch die Gefahr der hereditären Uebertragung nimmt ab mit der Entfernung von dem Zeitpunkt der Infection. Paterne hereditäre Syphilis ist jedenfalls selten und wird von mancher Seite ganz geleugnet.

Wahrscheinlich ist der Zustand der Samen bereitenden und ausführenden Organe von Bedeutung.

3. Die specifische Behandlung mit Jod und Quecksilber beeinflusst in hohem Grade den schädlichen Einfluss der Krankheit auf die Kinder. Nach Ausführung der Ansichten einer Anzahl deutscher, französischer, englischer und amerikanischer Autoren und dem Hinweis auf die nicht unwesentliche Divergenz derselben, gibt L. seine persönliche Ansicht folgender Massen:

Zunächst nach der Infection zweijährige Behandlung, je eine grosse Cur am Anfang der ersten und am Ende des ersten und zweiten Jahres, dazwischen mehrere leichte Curen. Bleibt das 3. Jahr symptomlos, so ist Heirat zu gestatten, falls circa 2 Monate vor der Hochzeit noch eine einmonatliche, energische Cur vorgenommen wird. Bei Recidiven im 3. Jahr oder später wird das Heiraten um ein weiteres Jahr hinaus geschoben. Bei Frauen ist die Frist wesentlich zu verlängern.

Hermann G. Klotz (Nerw-York).

In der auf die Vorträge von Klotz und Lustgarten folgenden Debatte stimmten die meisten der Theilnehmer in den Hauptsachen mit den Vortragenden überein, namentlich die sich mehr eingehend mit Hautkrankheiten und Syphilis Beschäftigenden (Dr. Goldenberg, Oberndorfer, Leviseur, L. Heitzmann und Pollitzer), ebenso L. Weber vom allgemein medicinischen Standpunkte aus. Dr. E. Fridenberg (Augen) hat die Erfahrung gemacht, dass viele Patienten (Eltern hereditär-syphilitischer Kinder) weder wissen, dass sie syphilitisch waren, noch irgend welche Ahnung von der Bedeutung der Krankheit haben. Mittendorf (Augen) erwähnt einen Fall von Auftreten der Syphilis in der dritten Generation und fragt, wie es mit dem Heiraten Hereditär-Syphilitischer stehe. Lilienthal will die Frage mehr vom humanitären Standpunkt aus betrachtet wissen; verlangt Anzeigepflicht für Syphilitiker, Unterdrückung der Syphilis durch den Staat etc. Nur die Neurologen (G. W. Jacoby und W. Hirsch) nahmen Stellung gegen die im Ganzen sehr liberalen Ansichten der Uebrigen, Ersterer namentlich mit Rücksicht auf die schweren Folgen auf die Gesundheit der Syphilitiker selbst, bes. die Entstehung schwerer Nervenkrankheiten wie Tabes und Paralyse, die die Familien derselben in die traurigste Lage versetze. Hirsch betrachtet Syphilis und Alkohol als die Hauptursachen der vielbesprochenen „Degeneration“.

Zum Schluss der Debatte sagt Klotz, dass für das Uebergehen der Syphilis auf die dritte Generation der wissenschaftliche Beweis nicht geliefert sei. Hereditär-Syphilitischen sei das Heiraten wohl zu gestatten, wenn sie das heiratsfähige Alter überhaupt erreichten und dann sonst gesund wären. Eine staatliche Unterdrückung und Ausrottung der Syphilis hält er bei der ungemein weiten Verbreitung für unausführbar. Er habe geglaubt, den Ansichten der Neurologen genügend Rechnung getragen zu haben betreffs der Gefährdung der Gesundheit und Lebens-

dauer der Familienväter; in dieser Hinsicht concurriren aber eine Anzahl anderer Krankheiten, wie Tuberculose, Nieren- und Herzkrankheiten, deren Opfer aber nicht zur Kenntniss der Nervenärzte kämen. Die „Degeneration“ anlangend, so sei es es auffallend, dass dieselbe sich erst jetzt geltend mache, nachdem wir über 400 Jahre dem Einfluss der Syphilis ausgesetzt gewesen. Hermann Klotz (New-York).

Buchanzeigen und Besprechungen.

E. Delefosse: Traitement de la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme. Paris, Librairie Coccoz. 1897. (261 Seiten.)

Angezeigt von Prof. Dr. v. Düring in Constantinopel.

Die französische medicinische Literatur besitzt in grösserer Anzahl eine Art medicinischer Bücher, die in der deutschen Literatur selten sind: Subjectiv geschriebene Bücher. Bei uns herrschen die streng systematischen, durchaus wissenschaftlichen Bücher vor und die subjectiver gehaltenen Werke haben vor der Kritik einen schweren Stand. Es lässt sich aber nicht leugnen, dass gerade für den Praktiker die leichtere, breitere, subjective, mehr räsonnirende französische Art einen grossen Vortheil bietet: die Bücher lesen sich leichter, gemüthlicher und sie werden deshalb gelesen, während unsere streng wissenschaftlichen, systematischen Bücher mehr zum Nachschlagen dienen — denn es ist zu langweilig, sie wirklich als Lectüre zu benutzen. Ohne die grossen Fehler und Gefahren zu vergessen, die mit der subjectiven Art der Behandlung wissenschaftlicher Gegenstände verbunden sind, dürften wir, glaube ich, im Interesse des Praktikers gern etwas mehr französische Methode in dieser Hinsicht annehmen. Auch der buchhändlerische Erfolg würde ein grösserer sein. Dass Bedürfniss in dieser Hinsicht bei uns vorhanden ist, beweist der Erfolg der verschiedenen periodisch erscheinenden klinischen Vorträge.

Von diesem Standpunkte aus beurtheile ich auch das Delefosse'sche Buch. Es ist in seinen einzelnen Theilen nicht gleichwerthig geschrieben, ist stellenweise reichlich „compilatorisch“, ohne jedoch eigener Kritik zu ermangeln, manchmal recht breit — und trotzdem liest es sich gut, interessirt und regt den Praktiker zum Nachdenken an.

Den bei uns jetzt modernen endoskopischen und Dilatationsbehandlungen der chronischen Blennorrhoe wird ein nicht zu weites Feld eingeräumt. Ein besonderer Vorzug, der uns z. B. pag. 82 ff. in der Kritik der verschiedenen Methoden entgegentritt, ist der, dass Verf. ganz besonders darauf Rücksicht nimmt, was für den Praktiker ausführbar, möglich ist, ohne complicirtes Instrumentarium. — Delefosse ist Anhänger der Abortivmethode. Ehrlich gestanden unterscheidet sich aber die Behandlung der „mit Erfolg abortiv behandelten Fälle" kaum von den „erfolglos abortiv behandelten"; denn auch im ersteren Falle dehnt sich die Behandlung auf ca. einen Monat aus. Wo ist da der Vortheil? — Weibliche Blennorrhoe soll mit 1% Sublimatlösung behandelt werden (pag. 231). Das ist doch wohl ein Druckfehler? Wenn nicht, so kann man nur entschieden vor Befolgung dieses Rathes warnen. — Die Ausstattung des Buches ist gut; es enthält einen Anhang mit zahlreichen Receptformeln.

Dr. med. H. Wossidlo: Die Stricturen der Harnröhre und ihre Behandlung. Mit 36 Abbildungen. Leipzig. Naumann. (Medicinische Bibliothek für prakt. Aerzte, Nr. 112—115.)

Angezeigt von Prof. Dr. v. Düring in Constantinopel.

Gerade über das vorliegende Thema ein Compendium zu schreiben, hat seine grossen Schwierigkeiten. Wossidlo hat in klarer, prägnanter und ausserordentlich übersichtlicher Weise die ihm gestellte Aufgabe gelöst; der Praktiker kann sich aus dem Büchlein Rath holen und besonders sich über die Indicationen im einzelnen Falle unterrichten. — Zwei Ausstellungen hat jedoch Ref. an dem Buch zu machen. Die erste ist mehr subjectiver Art. Es erscheint mir den neuen Behandlungsmethoden, einer Endoskopie und Kollmann-Oberländer'scher Dilatation, für den Praktiker ein zu breiter und gefährlicher Platz eingeräumt zu sein. Ohne diesen Methoden ihre Bedeutung absprechen zu wollen, scheint Verf. doch reichlich enthusiastisch für dieselben zu sein. Besonders aber erfordern dieselben so bedeutende Specialkenntnisse und technische Fertigkeiten, dass sie in der Hand des Praktikers nur ausnahmsweise Nutzen, oft aber, wie ich aus Erfahrung von verschiedenen Seiten weiss, Unheil anstiften können.

Die andere Ausstellung ist objectiver Art. Besonders in der ersten Hälfte des Buches gebraucht Verf. ungebührlich viel Fremd-

worte, die sehr gut durch deutsche Worte ersetzt werden können; z. B. kehrt das durchaus technisch nicht nöthige Wort „entriren“ immer wieder. „Urethroskopische Infiltrate“ ist eine kühne Wendung für „Infiltrate, die mit dem Urethroskop erkannt werden“. Aber diese Dinge beeinträchtigen den Werth des Büchleins sonst nicht und sind in einer neuen Auflage leicht abzustellen.

Löwenstein Ludwig: Die Beschneidung im Lichte der heutigen medicinischen Wissenschaft. Sonderabdruck aus dem Archiv für klinische Chirurgie Bd. 54, Hf. 4, Trier, Commissionsverlag v. Heinrich Stephanus.

Angezeigt von Dr. Victor Bandler in Prag.

Löwenstein will in dieser Arbeit seine Reformpläne der rituellen Beschneidung der Oeffentlichkeit zur Discussion stellen und benützt hiebei die Gelegenheit die Geschichte der Circumcision und ihre religiöse Bedeutung zu erörtern.

Der Verfasser verspricht im Beginne seiner geschichtlichen Ausführungen nicht weitschweifig zu werden, schliesst aber sofort seitenlange biblische Citate an und erörtert die Geschichte der Beschneidung von Abrahams Zeiten an.

Im folgenden Capitel „die Beschneider und ihre Ausbildung und Technik, sowie ihre Reform“ präcisiert der Autor seinen Standpunkt dahin: „Die Beschneidung als religiöse Institution darf, soll, ja muss erhalten bleiben,“ aber in ihrer reformirten Form. In diesem Capitel erfahren wir auch, dass der Aufsatz vorzüglich für Laien geschrieben ist; diese Absicht verräth uns auch die laienhafte Erörterung der Complicationen der Beschneidung. Der Verfasser belegt die Besprechung der Complicationen mit entsprechenden Krankengeschichten, aus denen ich nur eine bemerkenswerthe herausgreifen will.

Einem Arzte wird ein gesunder Knabe geboren, der von einem erfahrenen Beschneider rituell operirt wird; nach einigen Stunden findet der Vater das Kind im Blute schwimmend, geht aber nicht selbst daran die Blutung zu stillen, sondern ruft den Beschneider (!) zur Hilfe. Bald darauf wird dem „bedauernswerthen Collegen“, wie ihn Löwenstein nennt, wieder ein Knabe geboren, dem nach der Beschneidung dasselbe Unglück der Blutung ereilt, der das Kind auch erliegt. Jetzt erkennt der Vater und

Arzt, dass es sich um Haemophilie handelt und schreibt ein Buch über die Beschneidung und ihre Complicationen.

Löwenstein stellt nun den Satz auf, die Haemophilie bilde eine Contraindication der rituellen Beschneidung. Der Verfasser glaubt durch diese Beschränkung nicht bloss der ärztlichen Wissenschaft, sondern auch den jüdischen Vorschriften gerecht zu werden, „weil auch Maimonides schon Contraindicationen gegen die Beschneidung anerkennt".

Der Autor fordert mit Rücksicht auf die erörterten Unglücksfälle eine Reform der Ausbildung der Beschneider und der Technik der Beschneidung. Der laienhafte Operateur soll selbständig feststellen, ob allgemeine oder locale Anomalien der Genitalien, ob keine Contraindicationen wie Icterus neoratorum, Haemophilie u. s. w. vorhanden sind. Er soll ferner unter aseptischen Massregeln, „da ja im Zeitalter der Seife, Bürste und des Carbols die Grundanschauungen über das Wesen der Antiseptik sogar jedem Nichtmediciner in Fleisch und Blut übergegangen sind", die Operation mittelst Dorsalschnitt als regelrechte Phimosenoperation machen.

Diese Kenntnisse will der Autor dem Laien-Operateur durch eine theoretisch praktische Ausbildung (!) beibringen und in einem Examen folgende Gegenstände prüfen: Entwicklungsgeschichte, Anatomie, Physiologie und Pathologie der männlichen Genitalien, die Grundprincipien moderner aseptischer Wundbehandlung sowie Akiurgie der betreffenden Operationen. (Weiter nichts?)

Diese Erörterungen schliesst der Autor mit dem Bemerken, dass bei gutem Willen die Reform vollständig durchführbar sei.

Es ist staunenswerth wie ein Arzt einen solchen Apparat für eine derartige Institution in Bewegung setzen will und noch staunenswerther, dass er seine Reform der Beschneidung dann nicht in den Worten zusammenfasst: Diese Operation darf nur von Aerzten oder zum mindesten nur in Gegenwart eines, für die Vornahme und Ausführung der Operation, verantwortlichen Arztes vorgenommen werden.

Varia.

Jubiläum. Am 12. December 1897 wurde in Budapest das 25jährige Professoren-Jubiläum unseres geschätzten Mitherausgebers Prof. Dr. Ernst Schwimmer in festlicher Weise begangen. In einer aus diesem Anlasse veranstalteten Festversammlung wurden dem verdienstvollen Jubilar von den Mitgliedern des Professorencollegiums, von Aerzten, Freunden und Studenten Ovationen dargebracht und von zahlreichen auswärtigen Corporationen und Fachgenossen Glückwünsche zugesendet. Obwohl wir uns schon diesen Huldigungen angeschlossen haben, drängt es uns doch auch an dieser Stelle unsere herzlichste Gratulation und den Wunsch auszusprechen, es möge dem verehrten Jubilar noch eine lange erfolgreiche Thätigkeit beschieden sein.

Eine dem Jubilar gewidmete Festschrift, an welcher sich zahlreiche auswärtige und einheimische Dermatologen betheiligten, ist ein Zeichen der wissenschaftlichen Werthschätzung, deren sich Ernst Schwimmer erfreuen darf.

Wir werden noch Gelegenheit haben in einer eingehenden Besprechung auf den gediegenen Inhalt derselben zurückzukommen.

Von Seite des Staates wurde dem Jubilar die verdiente Anerkennung für seine wissenschaftliche und lehramtliche Thätigkeit durch Betheiligung des Unterrichtsministeriums an der Festsitzung und durch die Verleihung des Ordens der eisernen Krone zutheil.

Dermatologisches Centralblatt. Internationale Rundschau auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Herausgegeben von Dr. Max Joseph in Berlin. Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark. Herr Dr. Max Joseph, der sich durch seine zahlreichen, gediegenen und äusserst gewissenhaften, zumeist in diesem Archiv erschienenen Arbeiten eine hervorragende Stelle unter den jüngeren deutschen Dermatologen erworben hat, beabsichtigt mit der Herausgabe des Dermatologischen Centralblattes, über die Fortschritte auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten in klarer und knapper Form zu berichten, hiedurch einen möglichst vollständigen Ueberblick über die einschlagenden Veröffentlichungen zu liefern und so gewissermassen einen Jahresbericht zu ersetzen. Die bisher erschienenen vier Nummern geben ein vollgiltiges Zeugniss von der Geschicklichkeit und Gewissenhaftigkeit, mit welcher der Herr Herausgeber die gestellte Aufgabe zu lösen sucht. Wir wünschen dem Unternehmen rege Theilnahme und glückliches Gedeihen.

Dr. Unna's Dermatologische Preisaufgabe. Nachdem der Preis für 1897 nicht ertheilt werden konnte, wird die gleiche Aufgabe für das Jahr 1898 gestellt und der Preis auf 600 Mark erhöht. Das Thema lautet: Es soll untersucht werden, ob und inwieweit alle bisher angegebenen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben vermögen. Die Arbeit ist bis Anfang December 1898 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg einzureichen.



Neumann: Keratoma hereditarium.





Neumann: Keratoma hereditarium.

K u k Hoflith A Haase Prag





Neumann: Keratoma hereditarium.

K u k Hoflith A Haase Prag



Neumann: Keratoma hereditarium.

K.u.k. Hoflith. A. Haase Prag



Neumann: Keratoma hereditarium.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag

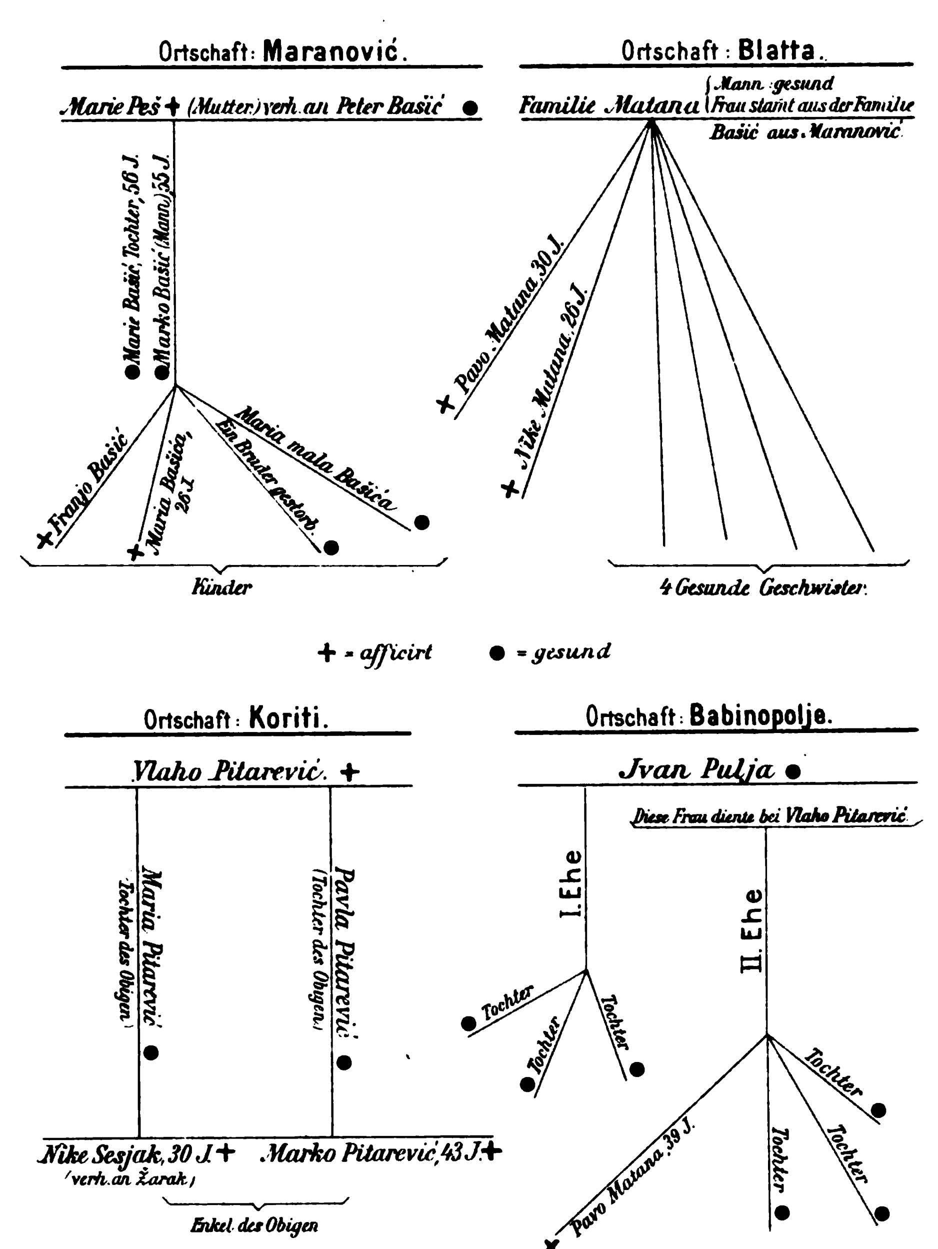


Neumann: Keratoma hereditarium.



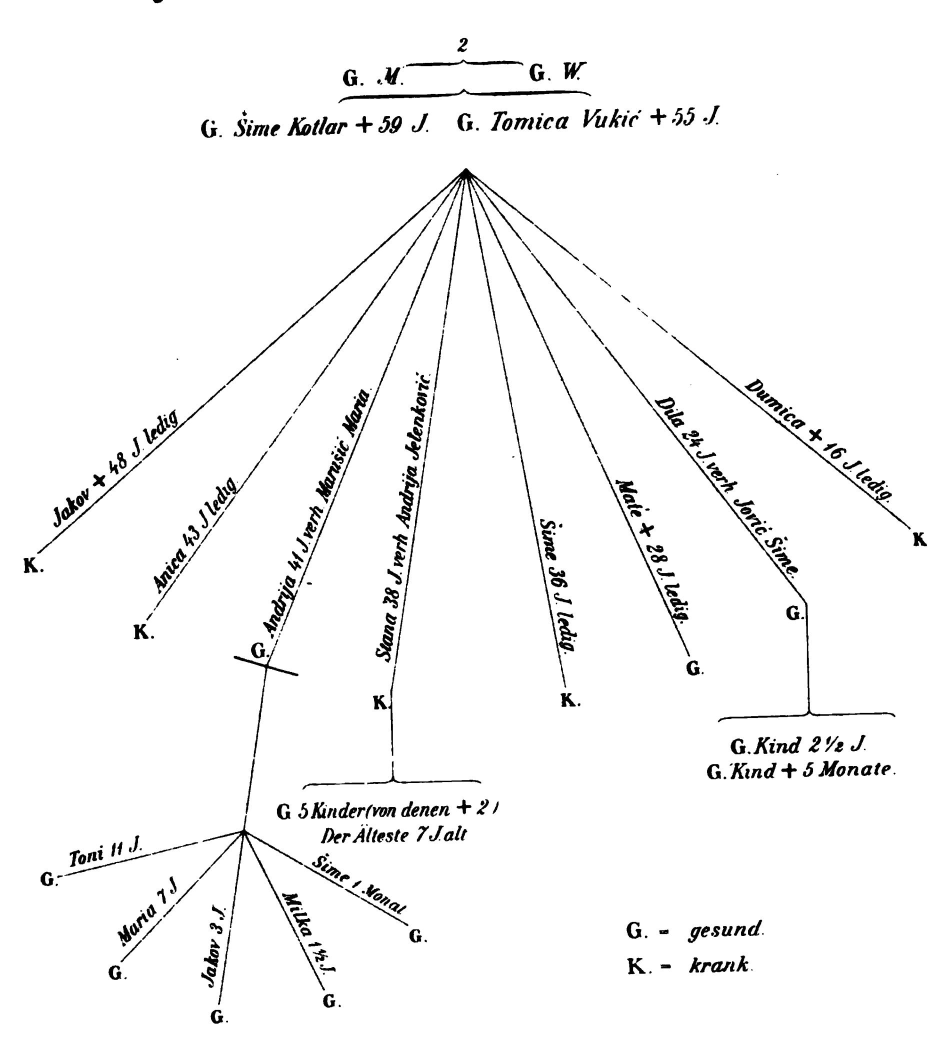
Neumann: Keratoma hereditarium.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag

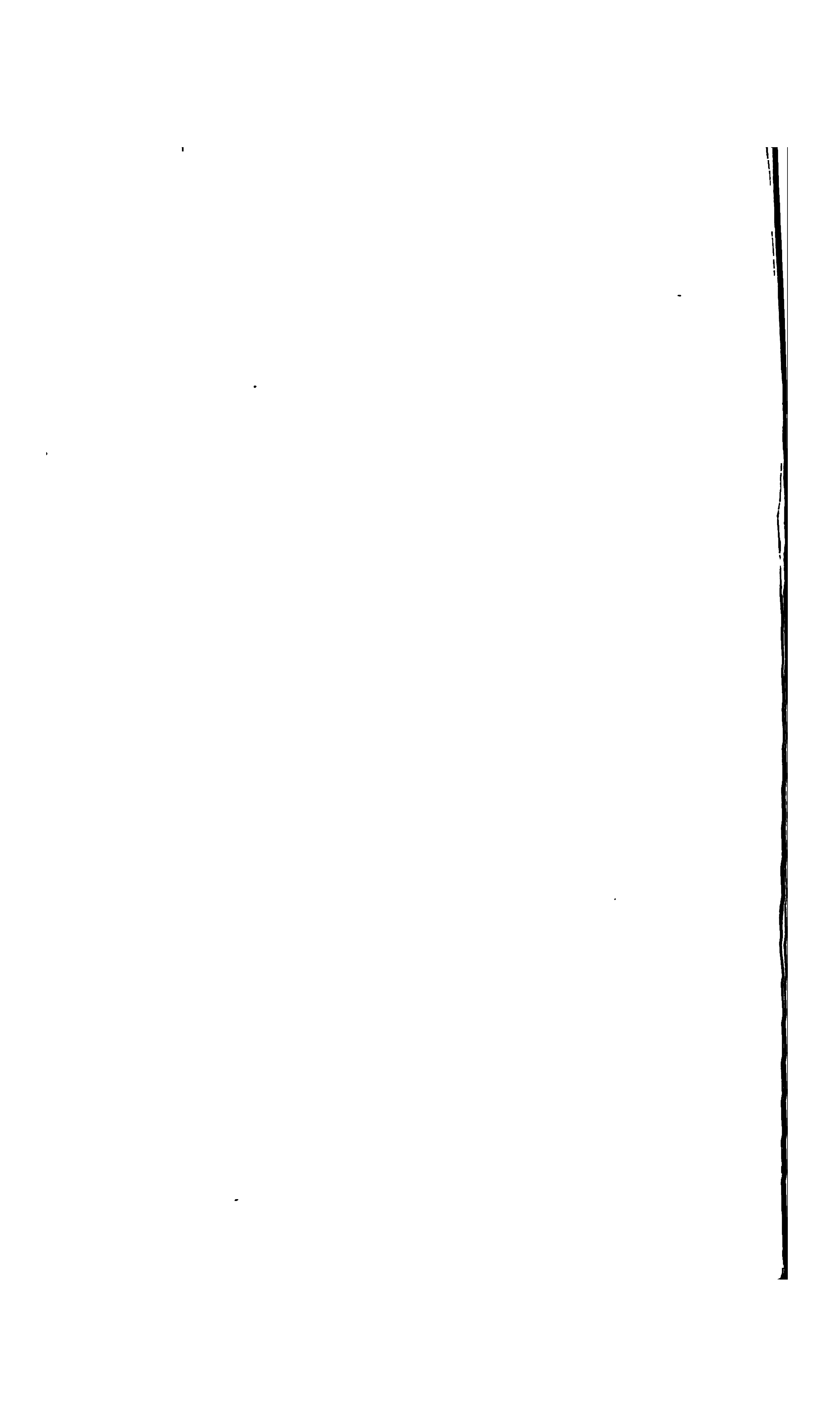


K.u.k. Hof lithogr. A. Haase Prag

Borgo Erizzo.



J.st.D.o.T. – Injectionen steigender Dosis ohne Temperatursteigerung.



In dem Augenblicke, in welchem dieses Heft zur Ausgabe bereitgestellt ist, erhalten wir die traurige Kunde, dass

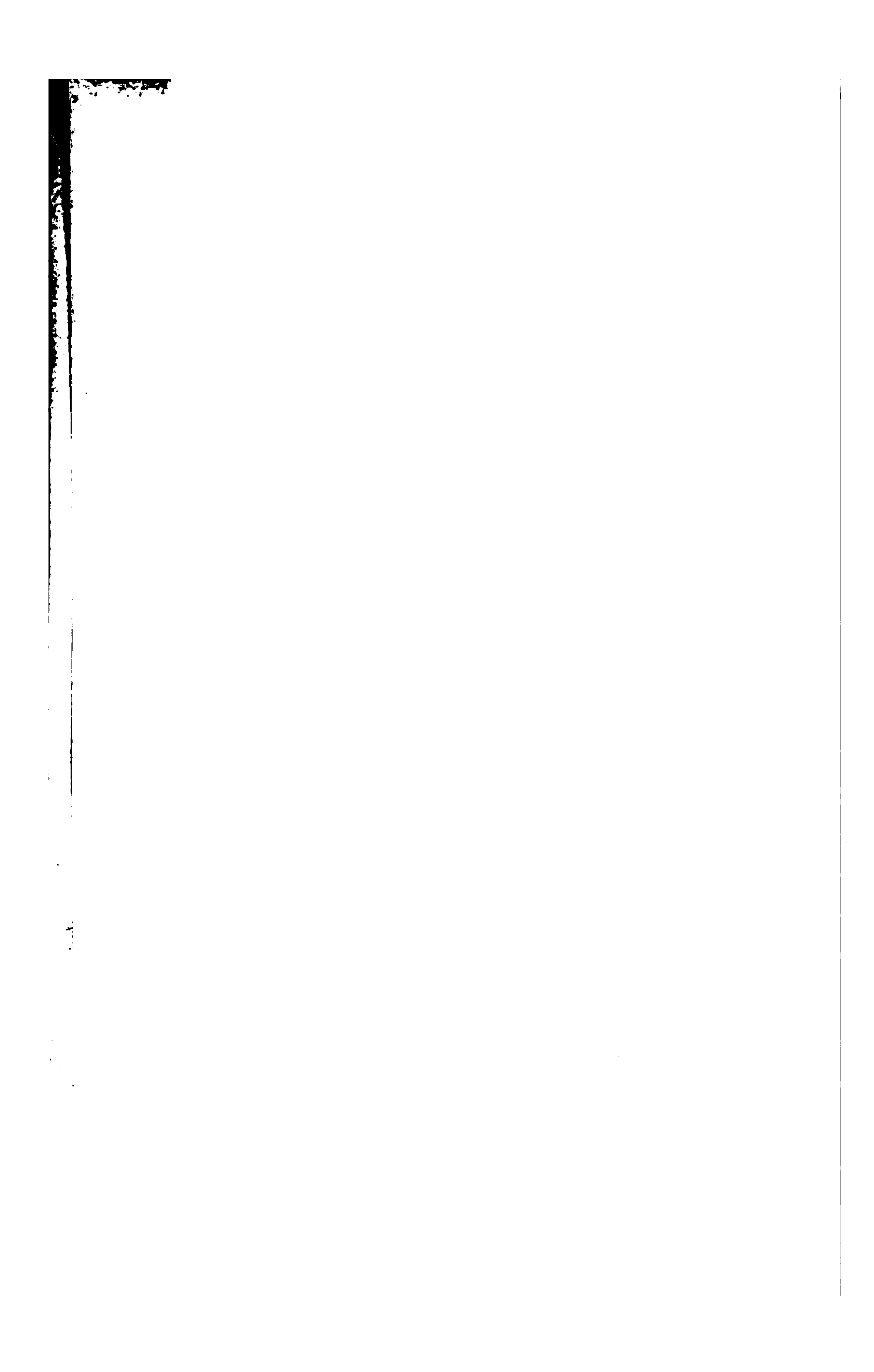
Ernst Ludwig Schwimmer

nach kurzem Krankenlager im 61. Lebensjahre verschieden ist.

Tief betrübt, beschränken wir uns heute darauf, unserem innigen Schmerze Ausdruck zu geben und der Familie des Verblichenen, sowie den Ungarischen Collegen unser herzliches Beileid auszusprechen.

Den Lebenslauf und die Verdienste des Verstorbenen um die Wissenschaft und ihre Lehre in einem Nachrufe zu schildern, bleibt dem hiezu berufensten vaterländischen Fachgenossen, Herrn Primararzt Doc. Dr. Róna, vorbehalten.

Prag, März 1898.



Originalabhandlungen.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik des Prof. Dr. Kaposi in Wien.

Zur Histologie des Ulcus rodens.

Von

Dr. **Karl Kreibich,**
Assistent der Klinik.

(Hierzu Taf. XVIII.)

Das zuerst von Jacob (1829) beschriebene, von Lebert „Ulcère cancroide“, später als „Ulcus rodens“ bezeichnete, häufigst an der Gesichtshaut alter Leute auftretende Geschwür, hat seine eigene, an sich widersprechenden Ansichten reiche Geschichte. So rechnen Lebert, Schuh, v. Bruns und Rokitansky dasselbe zum Carcinom, während Förster, Paget u. A. anfangs nur die Elemente der gewöhnlichen Granulationen fanden. Thiersch tritt wieder für den carcinomatosen Charakter ein, und seit Kaposi (1870) versteht man unter Ulcus rodens überhaupt kein Geschwür sui generis mehr, sondern theilt die Carcinome der Haut ein in flache, tiefgreifende und papillomatöse und identificirt die Bezeichnung „Ulcus rodens“ mit dem Begriffe des flachen Hautkrebses. Durch spätere Untersucher wie Moore, Hulke, Collins, Warren und Hutchinson wurde der carcinomatöse Charakter dieses Geschwüres immer mehr gefestigt und es herrschten nur noch über den Ausgangspunkt der epithelialen Wucherung verschiedene Ansichten. So lässt Broca und Pohl, später Tilbury Fox, Sangster und Hume die Neubildung aus der Malpighischen Schicht oder von den Haarbälgen hervorgehen, während Thiersch und Butlin die Talgdrüsen, Verneuil die Schweissdrüsen als Ausgangspunkt

betrachtet. Erst Thin zieht neuerlich den carcinomatösen Charakter dieser Geschwürsfläche wieder in Frage und fasst das Ulcus rodens als ein Schweissdrüsenadenom auf. Der gleichen Ansicht ist Philippson, nach welchem die den Adenomen ähnlichen Geschwulstnester erst spät zur Reizung des umgebenden Gewebes führen. Zu wesentlich anderen Resultaten kommen Hume und Paul nach Untersuchung einer grösseren Anzahl von Fällen. Indem sie nachwiesen, dass die Schweissdrüsen erst secundär regressive Metamorphosen eingehen, sei das Ulcus rodens aufzufassen als eine durch Wucherung des Talgdrüsen- und Follikelepithels entstandene specielle Form des Carcinoms, welches in Folge Einschlusses in fibröse Membranen nur ein beschränktes Wachsthum und keine Infection der Lymphdrüsen zeige.

Am internationalen dermat. Congresse in Wien beschrieb Dubreuilh eine wohl charakterisirte Form des flachen Hautkrebses, eines Ulcus rodens sens. strictiori und auch Unna räumt seinem „Ulcus rodens verum" eine besondere Stellung unter den Carcinomen der Haut ein. Beide schildern in ziemlich conformer Weise das klinische Verhalten, des fast constant an die Augengegend gebundenen Geschwüres, eine Beschreibung, die mit derjenigen der älteren Beschreibungen von Schuh und namentlich von Kaposi im Jahre 1870 (Kaposi-Hebra's Handbuch 2. Theil) vollständig übereinstimmt. Auch sie beschreiben diese Carcinomform als eine im Niveau der Haut gelegene, frischroth oder gelbroth aussehende Geschwürsfläche mit geringer seröser Secretion und einem auffallend indifferenten Rande. Diese Geschwürsfläche stellt das ulcerirte Stadium einer als glänzendes, wachsartig schimmerndes, sehr derbes Knötchen erscheinenden Primärefflorescenz dar, aus welcher durch wiederholte Exfoliation der Hornschichte das eigentliche Ulcus hervorgeht. In ihren histologischen Beschreibungen weichen nun Unna und Dubreuilh wesentlich von einander ab, und Unna beschreibt die von Dubreuilh als Ulcus rodens beschriebene Carcinomform in seiner als „walzige Carcinome" bezeichneten Gruppe als eine Form des691 Epithelioms, die ziemlich selten ist und gewöhnlich an Nase, Stirn und Wange localisirt ist.

Aus dem Gesagten ergibt sich vor Allem die Thatsache, dass dem unter dem Bilde des Ulcus rodens erscheinenden flachen Epithelialcarcinom der Haut nicht immer dasselbe histologische Verhalten entspricht und dass somit verschiedene Geschwulstformen zu verschiedenen Deutungen geführt haben.

Soweit nun nach blossen Beschreibungen in histologischen Details eine Verständigung zu erzielen ist, scheinen die von früheren Untersuchern beschriebenen Befunde mit den von Dubreuilh beschriebenen übereinzustimmen und Zweck der folgenden Untersuchungen ist es nun, aus den Bildern des Epithelioma cutis eine histologisch wohl charakterisirte Carcinomform herauszuheben, welche im Zusammenhang mit dem klinischen Bilde einem Typus des Ulcus rodens sensu strictiori entspricht, wobei ich jetzt schon bemerke, dass meine Fälle mit den von Dubreuilh beschriebenen übereinstimmen, wie ich auch andererseits eine Uebereinstimmung mit den Carcinomen des Lidrandes gefunden habe. Unter den zu beschreibenden Fällen befindet sich auch einer, der abgesehen von seiner seltenen Localisation zwischen den Schulterblättern eine eigenthümliche Ausheilungsform des Carcinoms aufwies, insofern als in eine von einem carcinomatösen Rande umgebene centrale Narbe, hanf- bis erbsengrosse, gelbe Körperchen eingesprengt waren, die klinisch für Milien oder Mulluscum contagiosum imponirten, sich histologisch aber als Carcinomnester mit Nekrose des centralen Antheiles darstellten.

Fall 1 wurde von Dr. Doranth aus Aussig als ein handtellergrosses Hautstück der Klinik zur Untersuchung übersendet. Aus der mitgegebenen Beschreibung geht Folgendes hervor. 67jähriger, gut genährter Patient mit schlaffer, von zahlreichen Naevis und trockenen schuppenden Eczemen bedeckter Haut, leidet seit vier Jahren an einer umschriebenen Hautaffection, die sich als ein zwischen beiden Schulterblättern befindlicher, die Mittellinie besonders nach rechts überragender, sechs Centimeter im Durchmesser tragender Krankheitsherd darstellt. Derselbe besteht deutlich aus einem an manchen Stellen 2—4 Mm. breiten, lividrothen, mit festhaftenden Schuppen und Borken bedeckten, derben Rand und einem scheinbar narbig veränderten Centrum, in welches etwa 8—10 makroskopisch sichtbare, gelbe, wachsartig glänzende, hanf- bis halblinsengrosse Knötchen eingelagert sind, die beim Anstechen eine weisse, breiige Substanz entleeren.

Die klinisch naheliegendste Diagnose lautete Molluscum contagiosum et Epithelioma cutis dorsi. Für die Zusendung des Präparates und der

genauen Krankengeschichte sage ich Herrn Dr. Doranth an dieser Stelle besten Dank. Das in Alkohol der Klinik zugeschickte Hautstück zeigte im wesentlichen die oben beschriebenen Charaktere mit den in das narbige Centrum eingelagerten Knötchen. Beim Durchschneiden eines solchen Knötchens fällt ein hanfkorngrosses Kügelchen heraus und es bleibt ein entsprechend grosser Hohlraum zurück.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte das schon makroskopisch wahrgenommene Fehlen jeder Ulceration, indem die Epidermis in dünner Schichte die fast in allen Theilen untersuchte Hautpartie überzieht.

Geht man vom Gesunden nach innen, so sieht man, entsprechend dem makroskopisch sichtbaren, leicht erhabenen Walle, die Stachelschicht in die Tiefe gewuchert. Diese Wucherung geht ein oder zwei Retezapfen entsprechend, nach unten halbkugelig begrenzt, entweder breit aus der Epidermis hervor, oder sie hängt bei gleicher Form, aus der Wucherung eines Retezapfen hervorgegangen, mit einem dünnen Stiele mit der Epidermis zusammen, und zwar so, dass durch intensive Kernfärbung sich die Wucherungszellen mit fast scharfer Linie von der Epidermis absetzen. Die gewucherte Partie breitet sich nun plattenförmig aus und durch Vereinigung mehrerer entsteht eine breite Platte, die gewöhnlich mit 2—3 feinen Stielen mit der Epidermis zusammenhängt. Von dieser sub epidermoidal gelegenen Platte gehen nun feine Ausläufer aus, ebenfalls flächenförmig, die man als stark tingirte Zellgruppen ziemlich weit im Gesunden findet, oder es schickt diese Platte auch einen breiten Fortsatz in die Tiefe, der den Zusammenhang mit tieferen, in der Schichte der Knäueldrüsen gelegenen Herden herstellt, welch letztere Herde oft seesternförmig ausgezogen erscheinen. Zu gleicher Zeit ist die Cutis Veränderungen eingegangen und zwar, soweit es sich um das die Herde umgebende Bindegewebe handelt, durch Einlagerung grosser dreieckiger oder spindelig ausgezogener Zellen mit grossen, durch Hämatoxylin blassbläulich mit polychromen Methylenblau blassviolett gefärbten Kernen: junges Bindegewebe, das durch Verschmächtigung und deutlichere Kernfärbung an manchen Stellen bereits einen mehr fibrillären Charakter annimmt. Erst in grösserer Entfernung von den Herden treten in der an Mastzellen reichen Cutis unregelmässig meist

mononucleare Leukocyten in grösserer Zahl auf, als streifenförmige Infiltrate die Gefässe verfolgend oder als grössere und kleinere Ansammlungen die Drüsenausführungsgänge umgebend.

In dieser in ihrem subepidermoidalen Antheile mehr in toto, in der Tiefe mehr umschrieben, um die Herde herum veränderten Cutis liegen nun die gewucherten Epithelnester, durch die Härtung etwas geschrumpft zwischen sich und dem bindegewebigen Walle fast regelmässig einen Zwischenraum lassend und durch intensive Kernfärbung deutlich differenzirt. An vielen Stellen werden Cutisantheile in die Wucherungsherde eingeschlossen und die entsprechende Färbung weist dann collagene oder elastische Fasern nach.

Die Wucherungszellen nehmen dort, wo sie aus den Epidermiszellen hervorgehen, Spindelform an, die Kerne werden gestreckt, färben sich intensiv und bilden, da das Protoplasma ganz zurücktritt, in den Herden streifige Züge oder concentrische Wirbel. Während nun der spindelige Zellcharakter in den meisten Zellnestern und namentlich in den feinen Ausläufern vertreten ist, finden sich auch Läppchen mit radiärer Stellung der Zellen und peripherer Cylinderzellenbegrenzung, so dass kleine Läppchen die Form gestreifter Rosetten annehmen.

In den Geschwulstherden selbst findet sich gewöhnlich eine als Necrose zu bezeichnende regressive Metamorphose. Den niedrigsten Grad derselben findet man oft angedeutet in den aus dem Rande entnommenen Präparaten, von welchen bis jetzt die Rede war, die letzten Stadien in den molluscumartigen Körperchen des centralen Antheiles. Der Beginn der Metamorphose ist angedeutet durch kleine, zwischen den gesunden Zellen auftretende, sich mit basischen Farbstoffen intensiv färbenden Kernresten, deren Hervorgehen aus den zerklüfteten Kernen man deutlich verfolgen kann. An anderen Stellen tritt neben den Kernresten eine sich mit Eosin färbende Zwischensubstanz auf, oder es hat das Centrum des Herdes seine Kernfärbung zum Theil oder vollständig verloren, so dass entweder die centralen Zellen, wenn auch undeutlich gefärbt, noch zu erkennen sind, oder das Centrum in eine homogene,

sich mit sauren Farben färbende Masse verwandelt ist, in welcher eine stärkere Abblendung noch die Zellgrenzen erkennen lässt. Diese verschiedenen, aber auf dieselbe regressive Veränderung zurückzuführenden Bilder findet man sowohl in kleineren Herden der Randpartie, deutlicher jedoch in den mehrfach erwähnten Knötchen.

Dieselben erscheinen von einer dicken Schichte neugebildeten fibrösen Bindegewebes umgeben; nach innen folgt, durch einen Zwischenraum getrennt, eine mehrfache Lage gesunder Zellen, auf welche dann, entweder scharf abgesetzt oder noch von einer Reihe undeutlich gefärbter Zellen umgeben, das sich nur mit sauren Farben färbende homogene Centrum folgt.

Die schon bei den vom Rande entnommenen Präparaten beschriebenen Veränderungen der Cutis haben in dem centralen, narbig erscheinenden Theile zur Umwandlung der Cutis in ein aus feinen fibrillären Fasern bestehendes. verfilztes, elastinfreies Gewebe geführt, das nur entlang dem Gefässe von Rundzellen durchsetzt ist und reichlich Mastzellen enthält.

Die auf die beschriebene Weise veränderte Cutis wird überzogen von einer dünnen, pigmentlosen Epidermis, die mit Andeutung einer dünnen Hornschichte ohne Retezapfen in die Tiefe zu schicken nur über den grösseren Knötchen eine weitere Verdünnung erleidet. Follikel, Schweiss- und Talgdrüsen fehlen.

Während nun in dem beschriebenen Falle jede Ulceration fehlte und das Epithel nach Ablösung der Krusten auch über dem progredienten Rande erhalten war, boten drei weitere Fälle schon von vornherein das Bild des flachen Krebsgeschwüres dar. Klinisch handelte es sich im zweiten Falle um eine 4 Jahre bestehende Affection der Wange. Die etwa kreuzergrosse Stelle zeigt eine centrale, mit Krusten bedeckte flache Vertiefung, die nach Abhebung der Krusten eine glatte, feucht glänzende Oberfläche darbietet und von einem fein höckerigen, wenig erhabenen Rande umgeben ist.

Der Fall 3 stellt eine pfenniggrosse. am Nasenrücken sitzende Stelle dar, die nach Entfernung weniger Krusten lebhaft blutet, central ulcerirt und von einem harten Rande umgeben ist. Den vierten Fall endlich bildeten zwei durch eine Hautbrücke getrennte, in der linken Nasolabialgegend gelegene, kreuzergrosse Substanzverluste der Haut, die leicht vertieft, eine glatte braunrothe Oberfläche zeigen, welche durch eingetrocknetes seröses Secret wie mit einem Häutchen überzogen ist.

Der wenig elevirte Rand trägt an einigen Stellen hanfkorngrosse, von glänzender Epidermis überzogene Knötchen. Krankheitsdauer 7 Jahre.

Histologisch gaben diese 3 Fälle ziemlich übereinstimmende Befunde, so dass deren gemeinsame Beschreibung angezeigt erscheint. Es handelte sich in allen drei Fällen um 1—1 $^1/_2$ Mm. in die Tiefe der Haut sich erstreckende Neubildungen, deren Hervorgehen aus der Stachelschicht oder aus dem Follikelepithel sich an Serienschnitten ergab, wobei auch in diesen Fällen die gewucherten Zellen sich durch die intensive Kernfärbung und spindelige Form sich deutlich von der normalen Epidermis absetzten.

Während nun am Rande der Geschwulst sich hauptsächlich unmittelbar unter der Epidermis gelegene, mit derselben durch Stiele verbundene Herde befinden, nehmen gegen die Mitte zu die einzelnen Nester an Grösse und Tiefe zu, wobei auch an $^1/_2$—1 Mm. grossen Herden die stielförmige Verbindung mit der Epidermis nachzuweisen ist. Anders verhält sich der Zusammenhang im Bereiche der Ulcerationen. Hier, wo durch Leukocyten, Fibrin und rothe Blutkörperchen die Epidermis überhaupt nicht mehr oder nur an einzelnen Epithelzellen zu erkennen ist, treten reticuläre Stränge von der Färbung der normalen Epidermis in die Tiefe, nehmen durch intensivere Färbung alsbald den Geschwulstcharakter an und vereinigen sich, anfangs noch durch Cutisinseln getrennt, in der Tiefe von 1—2 Mm. zu zusammenhängenden, von Cylinderzellen begrenzten Läppchen. Im Falle 4 täuschen diese Stränge einen adeno carcinomatösen Charakter vor, indem sie aus einer doppelten Reihe Cylinderzellen bestehen, wie denn überhaupt im Falle 3 und 4 die periphere Begrenzung der Läppchen meist aus intensiv gefärbten Cylinderzellen bestand. Bei kleineren Herden kommt es dadurch zur Bildung radiär gestreifter, rosettenförmiger Gebilde, die, wenn 3 bis 4 einem gemeinsamen Stiele aufsitzen, Kleeblattform nachahmen. Wie im Falle 1 findet sich auch hier überall scharfe Trennung der beiden Keimblätter durch die schon beschriebenen Momente bedingt. Neben diesen, meist von runden Linien begrenzten Läppchen, fanden sich bei diesen Fällen, allerdings in der Minderzahl, auch kleine, von neugebildetem Bindegewebe um-

gebene, spitzwinkelig ausgezogene Herde mit durchwegs spindeligem Charakter der Zellen. Im Falle 2 und 4 kam es zu der schon beschrieben centralen Nekrose in den Geschwulstherden, wobei aber im Falle 4 in einigen Herden Verflüssigung des nekrotischen Antheiles eintrat. Dadurch wurden in diesem Falle cystische Hohlräume gebildet, die von jungem Bindegewebe umgeben, nach innen eine Reihe gesunder Zellen aufwiesen und in ihrem Centrum eine hyaline oder feinkörnige Zwischensubstanz mit suspendirtem Zelldetritus, geblähten Pigmentzellen und einzelnen rothen Blutkörperchen enthielten. Diese cystischen Räume entsprachen den makroskopisch sichtbaren Randknötchen. Im Falle 3 und 4, wo histologisch die Geschwulst namentlich im Bereiche der Ulceration ein mehr geschlossenes Ganzes darstellte, war dieselbe umgeben von einem schmalen Saume junger Bindegewebszellen und nach aussen von einem dichten Walle, hauptsächlich längs der Gefässe sich fortsetzender kleinzelliger Infiltration. Eine in den Herden des Falles 3 vorhandene regressive Metamorphose, die von der bereits beschriebenen abwich, soll später erörtert werden.

Ueberblickt man nun die beschriebenen Fälle, so stellten sich die drei letzten klinisch als flache, unregelmässig gestaltete Substanzverluste dar. Die Wundfläche erwies sich im Falle 4 braunrothglatt, eine geringe Menge seröser Flüssigkeit secernirend, die nach Eintrocknung die Wundfläche wie mit „dünnem durchscheinenden Firniss überzog". Der Hautrand war in diesem Falle scharf abgesetzt, jedoch im Allgemeinen flach, nur an einigen Stellen zeigten sich hirsekorngrosse, glänzende Knötchen eingesprengt. Im Falle 2 und 3 war die centrale Partie durch auflagernde Krusten überdeckt, nach deren Abhebung sich eine kleine, leicht blutende, von einem feinhöckerigen, jedoch flachem Rande umgebene, ulcerirte Fläche präsentirte. Der Fall 1 bot, abgesehen von seiner Localisation, in seinem klinischen Verhalten insoferne eine Ausnahme, als es hier überhaupt zu keiner Ulceration kam, sondern das Fortschreiten der Geschwulst sich in einem feinhöckerigen, mit spärlichen Krusten bedeckten Rande documentirte, ein weisslich vernarbt erscheinendes Centrum mit hanfkorngrossen,

gelblich glänzenden, eingesprengten Knötchen einschliessend. Jahrelange Dauer, Mangel jeder Drüseninjection, sowie Beschränktbleiben auf die Haut, ergänzten das klinische Bild zu dem des flachen Hautkrebses i. e. Ulcus rodens im weitesten Sinne.

Diesem klinischen Aussehen entsprach nun ein gemeinsamer histologischer Befund, dessen Charaktere ich erblicke in der Beschaffenheit der Zellen, in ihrer Anordnung zu Zellnestern, in einer regressiven Metamorphose innerhalb dieser Nester und endlich in dem Verhältniss derselben zu dem umgebenden Stroma

Die polyedrische, protoplasmareiche, normale Epidermiszelle erleidet als Geschwulstzelle eine Umwandlung; sie wird spindelig ausgezogen, das Portoplasma tritt zurück gegen den grossen, elyptischen, sich intensiv färbenden Kern. Die Zellmetamorphose ist an jenen Stellen, wo das Oberflächen- oder das Follikelepithel zu wuchern beginnt, eine scharf markirte. In den Geschwulstnestern legen sich nun die Zellen aneinander, indem sich die spindeligen Zellen zu streifigen oder wirbelartigen concentrischen Zügen gruppiren. Die Zellform der Randbegrenzung ist eine cylindrische bei grossen zusammenhängenden oder kleinen rosettenförmigen Zellnestern, bei welchen die Cylinderzellen durch die intensive Färbung der grossen Kerne deutlich als palisadenförmige Umgrenzung hervortreten; oder die Spindelform bleibt gewahrt bei den feinen, von grösseren Läppchen ausgehenden, spindeligen Fortsätzen und bei solchen Herden, welche in einen Mantel neugebildeten Bindegewebes eingehüllt sind, wie das hauptsächlich im Falle 1 der Fall war.

Die Form der Zellnester war wieder abhängig von dem umgebenden Stroma. In jenen Fällen, wo die reactiven Veränderungen der Cutis, im Sinne der Neubildung junger Bindegewebszellen, geringere waren, waren die in sich geschlossenen Läppchen gross, ja es zeigte sich an manchen Stellen die Wucherung zu einer nur hie und da von einspringenden Winkeln durchbrochenen Platte vereinigt, umgeben von der beschriebenen Cylinderzellenbegrenzung. Dort hingegen, wo die Neubildung junger Bindegewebszellen eine grosse war, waren

die Läppchen schmächtig, concav ausgebuchtet und in feine Ausläufer ausgezogen. Während im Falle 1 die letztere Form vorherrschend war, war die erstere in den letzten 3 Fällen in grössere Zahl vertreten.

Gewahrt war in allen Fällen die scharfe Separation der beiden Keimblätter, erkenntlich durch die intensive Kernfärbung der Geschwulstzellen und durch das Zurücktreten der bindegewebigen Umgrenzung unter Bildung eines durch die Härtung bewirkten Zwischenraumes zwischen Epithel und Bindegewebe.

Nirgends fand eine Durchwucherung und Zerklüftung der Bindegewebsbündel durch Geschwulstantheile statt, dagegen erfolgte eine Zertheilung der ersteren theils durch die neugebildeten Bindegewebszellen (Fall 1) oder durch das leucocytäre Infiltrat.

In keinem Falle fanden sich echte Epidermiskugeln. Dieselben wurden jedoch durch eingeschlossene Follikelantheile vorgetäuscht (Fall 2 und 4). Die elastischen Fasern waren entweder durch neugebildetes Bindegewebe zum Schwinden gebracht (Fall 1 u. 2) oder sie waren zu verquollenen, zwischen den Epidermisnestern gelegenen Convoluten zusammengedrängt. Mastzellen fanden sich in allen Fällen, besonders im Falle 1 sehr reichlich.

Als charakteristisch sei noch erwähnt eine als Nekrose zu deutende regressive Metamorphose innerhalb der Geschwulstnester, auf die ich später noch ausführlicher zurückkomme.

Durch die aus obiger Beschreibung der Fälle herausgegriffenen histologischen Merkmale halte ich diese Carcinomform für genügend charakterisirt, um sie als eine eigene Gruppe des Carcinoma cutis hinzustellen und sie, mit Rücksicht auf das klinische Verhalten, als einen Typus des Ulcus rodens sensu strictiori zu bezeichnen, zumal sich die beschriebenen Befunde mit der histologischen Beschreibung des Ulcus rodens durch Dubreuilh zu decken scheinen.

Dubreuilh sieht das Charakteristische in kleinzelligen, gelappten Epithelnestern von scharfer, gewöhnlich cylinderförmiger Zellbegrenzung. Die in ihrer Grösse sehr

veränderlichen Läppchen sind in ein wenig verändertes Stroma eingebettet. Die Zellen sind protoplasmaarm und zeigen keine Spur von stachliger Contour. Umwandlung zu Epidermiskugeln fand er nicht, dagegen eine mit Vacuolenbildung beginnende und zur Bildung grösserer Hohlräume führende regressive Metamorphose der Geschwulstzellen. Während nun Dubreuilh, dessen Befunde, soweit es die Zellform und Beschaffenheit der Läppchen betrifft, sich mit den von mir beschriebenen zu decken scheinen, diesen histologischen Typus als charakteristisch für Ulcus rodens hinstellt, beschreibt Unna als Ulcus rodens verum eine Carcinomform, die sich namentlich in zwei Punkten von obiger unterscheidet. Unna findet bei seiner Form nirgends Cylinderzellen, sondern in Folge abnormer Dichtigkeit des Bindegewebes sind auch die peripheren Zellen in die Länge gezogen. Weiter unterscheiden sich beide Carcinomformen in ihrer Weiterentwicklung. Während nämlich in den Fällen Unna's innerhalb einer, gegen die Cutis gut abgegrenzten Krebsplatte, durch Vermehrung und Durchkreuzung neuer Epithelzüge die Grenze zwischen den beiden Keimblättern durch mangelhafte Färbung verloren geht, war in meinen Fällen vor allen charakteristisch, die scharfe Separation zwischen Cutis und Epithelwucherung, bedingt einerseits durch die intensive Kernfärbung der Wucherungszellen und scharfe Begrenzung der Läppchen, andererseits durch Zurücktreten der bindegewebigen Umgebung unter Bildung eines, wahrscheinlich durch die Härtung bewirkten Zwischenraumes.

Dagegen beschreibt Unna unter seinen als „grobwalzige" bezeichneten Carcinomen eine Form, die vollständig mit der beschriebenen übereinstimmt. Es sind scharf von der Umgebung abgesetzte, wenig zur Ulceration neigende Carcinome von cylindrischer Form der Läppchen und scharfer Separation zwischen Bindegewebe und Krebswucherung, ohne Durchwucherung und Zerklüftung der collagenen Bündel.

Auch das von Unna bei dieser Carcinomform beschriebene Zusammendrängen der elastischen Elemente fand sich in den beiden letzten Fällen, ebenso wie die als die eine Modification angegebene, mehr reticuläre Form, letztere namentlich dort, wo sich in der oberen Hälfte der Geschwulst

die Epithelzüge in reticulärer Form aus dem Oberflächenepithel oder aus dem Bereiche der Ulceration loslösten und von Bindegewebsinseln durchsetzt, sich erst in der Tiefe zu geschlossenen Läppchen vereinigten. Aber auch die zweite Modification findet sich in allen Fällen, nämlich die, dass das bindegewebige Stroma eine besondere Mächtigkeit erreicht und als dichter Mantel die einzelnen Herde umgibt. Während aber in den letzten 3 Fällen, die durch den Druck des mächtigen Stroma concav ausgebuchteten oder verschmächtigten Herde gegenüber den von Cylinderzellen begrenzten Läppchen selten waren, war dieser modificirte Typus im Falle 1 vorherrschend, wodurch dieser Fall Aehnlichkeit zeigt mit der von Unna als „styloide" beschriebenen Carcinomform, als deren Hauptrepräsentant er sein Ulcus rodens verum hinstellt. Indem sich aber auch in diesem Falle, abgesehen von dem gleichen Zellcharakter und der wiederholt erwähnten Separation der Keimblätter, Läppchen mit Cylinderzellenbegrenzung in Form radiär gestreifter Rosetten fanden, war deutlich die Zugehörigkeit dieser Fälle zu obiger Carcinomform erwiesen.

Ich halte nun den Versuch Unna's, obigen histologischen Charakter vom Begriffe des Ulcus rodens zu trennen und nur die von ihm beschriebene Carcinomform als allein für Ulcus rodens charakteristisch hinzustellen, aus mehrfachen Gründen nicht für berechtigt.

Denn erstens haben Dubreuilh und manche frühere Untersucher obige Carcinomform als Ulcus rodens beschrieben.

Zweitens entspricht diesem histologischen Typus, gerade so wie dem von Unna beschriebenen, das klinische Bild des Ulcus rodens, wenigstens soweit dasselbe das ausgebildete Ulcus betrifft.

Das langsame Wachsthum in der Fläche und die geringe Tiefenwucherung finden auch bei diesem Typus ihre histologische Erklärung, einerseits in der Cylinderzellenbegrenzung der Läppchen und in der scharfen Trennung der beiden Keimblätter, vermöge welcher sich diese Form den als Cylindromen beschriebenen epithelialen Neubildungen nähert, andererseits in der mächtigen bindegewebigen Reaction der Cutis, in Folge

deren im Falle 1 fast sämmtliche, in den übrigen Fällen die einzelnen versprengten Herde von einem Mantel jungen Bindegewebes umgeben erscheinen.

Denn gerade in dem Vorhandensein oder Fehlen dieser bindegewebigen Reaction liegt, wie Kaposi beim Lupus carcinom gezeigt, der Grund für das langsame Wachsthum oder für das rasche Umsichgreifen der carcinomatösen Neubildung.

Hierzu kommt drittens ein weiteres Moment. Als der häufigste Sitz des Ulcus rodens wird allgemein und auch von Unna das Augenlid angegeben. Ich fand nun gerade mit diesen Carcinomen, von welchen mir Dr. Wintersteiner von zahlreichen Fällen Präparate in der liebenswürdigsten Weise zur Durchsicht überliess, in Bezug auf Charakter der Zellen, ihre Anordnung zu Läppchen und regressive Veränderungen in letzteren vollste Uebereinstimmung meiner Befunde.

Aus dem Gesagten geht nun Folgendes hervor: Theilt man nach Thiersch die Carcinome der Haut ein in flache und infiltrirte Epithelialkrebse, oder im Sinne Kaposis in flache, tiefgreifende und papillomartige, so sind die von mir beschriebenen Carcinome in ihrem klinischen Verhalten den flachen Epithelialcarcinomen zuzuzählen. Unter diesen bilden diese Carcinome eine histologisch wohl charakterisirte Gruppe, welche als „Ulcus rodens“ sensu strictiori zu bezeichnen wären, und eine specielle Form des flachen Hautkrebses darstellen.

Der Ausgangspunkt der epithelialen Wucherung ist, wie ich mich an zahlreichen Serienschnitten überzeugte, das Oberflächenepithel (Fall 1) und bei den drei letzten Fällen, wahrscheinlich wegen der Localisation auf der Nase und Wange, neben dem Oberflächenepithel auch das gleichwerthige Follikelepithel. Der Uebergang des Epithels in die Wucherung ist, wie schon bemerkt, durch Aenderung des Zellcharakters deutlich markirt. Die gewucherten Zellnester hängen mit dem Epithel gewöhnlich mit feinen Stielen, seltener mit breiten Flächen zusammen. Im Fall 2 und 4 fanden sich noch Reste des Follikels, Epithelkugeln vortäuschend, in die carcinomatöse Wucherung eingeschlossen. Wahre, durch hyaline Degeneration

entstandene Cancroidperlen fand ich bei den von mir untersuchten Fällen nicht.

Eine Wucherung des Talgdrüsenepithels selbst konnte ich nirgends constatiren, ebenso wenig wie ich Talgdrüsenepithelien in carcinomatöse Herde eingeschlossen fand. Ein von der gesunden Umgebung in die Carcinomgrenze geführte Schnittserie zeigte im Falle 2 zwischen grossen Talgdrüsen und zahlreichen Follikeln die von einer umschriebenen Stelle des Oberflächenepithels ausgehende Carcinomwucherung. An Stellen der Schnittserie, wo die Epithelwucherung bereits von mehreren Punkten aus in die Tiefe gerückt war, waren die Talgdrüsen zum Theil wohl durch mechanische Verdrängung, zum Theil in Folge Veränderung der umgebenden Cutis durch leucocytäre Infiltration und Bildung jungen Bindegewebes zum Schwinden gebracht. Das gleiche Schicksal erleiden die Schweissdrüsen, von welchen aus ebenfalls nie eine Wucherung beobachtet wurde. Nur scheinen die letzteren eine grössere Resistenzfähigkeit zu besitzen, denn im Falle 1 fanden sich in der centralen, narbig veränderten Partie noch Reste derselben.

In drei Fällen fand sich in den carcinomatösen Herden eine regressive Metamorphose, deren genauere Beschreibung in dem histologischen Befunde des ersten Falles gegeben ist. Sie beginnt mit Kernzerfall zu intensiv gefärbten Zellgranulis, oder mit Herabsetzung oder gänzlichem Verluste der Kernfärbbarkeit. Darnach findet man dann Herde, mit intensiv gefärbten aus Zelldetritus bestehenden Centren, oder Herde mit undeutlich oder ungefarbten centralen Antheilen, in welch letzteren man bei starker Abblendung noch die Zellgrenzen erkennen kann.

Diese als Nekrose zu deutende Metamorphose tritt gewöhnlich central in den Krebsnestern auf, unterscheidet sich in nichts von der z. B. in Leber- oder Mammacarcinomen auftretenden Nekrose und ist unabhängig von dem oberflächlichen Zerfall im Bereiche der Ulceration.

Im Falle 4 kam es in einzelnen Herden zur nachträglichen Verflüssigung der nekrotischen Antheile und zur Umwandlung derselben in eine entweder feinkörnige oder hyalin

erscheinende Zwischensubstanz mit eingelagerten, gequollenen, oft Pigment führenden Zellen, Zelltrümmern und rothen Blutkörperchen.

Indem nun diese Nekrose in 2—3 Mm. grossen Herden eintrat, kam es zur Bildung der schon bei Fall 1 genauer beschriebenen milienartigen Körperchen und zu den cystisch durchscheinenden Randknötchen im Falle 4, die von jungem Bindegewebe umgeben, noch eine mehrfache Reihe gesunder Zellen und ein nekrotisches oder verflüssigtes Centrum aufwiesen.

Während nun die hyaline und keratoide Degeneration in Carcinomen der Haut, schon mit Rücksicht auf den Krebsparasitismus eine vielfache Bearbeitung gefunden und auch die fettige Degeneration bereits mehrfach erwähnt wurde, fand ich die in Krebsnestern der Haut auftretende Nekrose nur angedeutet von Łukasiewicz und Kaposi, bei Carcinomen im Verlaufe von Xeroderma pigmentosum, von Hansemann, bei der von ihm angedeuteten medularen Form des Hautcarcinoms und von Schmidt bei Beschreibung eines plexiformen Carcinoms der Ohrgegend.

Während bei den genannten Untersuchern die angegebenen regressiven Vorgänge als von nachträglicher Verflüssigung gefolgte Nekrose zu deuten sind, legt Unna bei dem von ihm als Epithelverflüssigung bezeichneten Vorgang viel grösseren Werth auf die primäre Degeneration des Bindegewebes, mit secundärer Degeneration der angrenzenden Epithelien, als auf die primäre Verflüssigung der Epithelien. Letztere deutet er bei dem mit obigen Carcinomen übereinstimmenden, walzigen Typus an und beschreibt sie genauer bei zwei Carcinomen, von welchen eines einen Knäueldrüsenkrebs darstellt, und woselbst dieselbe mit der Bildung kleiner Höhlen begann und zur Verflüssigung ganzer Epithelstränge führte. Dieser Vorgang entspricht aber nicht dem oben beschriebenen, woselbst nicht die Verflüssigung, sondern die Nekrose das primäre darstellt (Fall 4), oder wo zwar Nekrose aber keine Verflüssigung eintrat (Fall 1 und 2). Dagegen scheint sich dieselbe zu decken mit einer im 3. Falle vorhandenen regressiven Metamorphose

und mit der von Dubreuilh bei Ulcus rodens beschriebenen, durch Vacuolenbildung charakterisirten Degeneration.

Dubreuilh beschreibt die Degeneration in der Richtung, dass in der Nachbarschaft der Kerne Vacuolen entstehen, die allmälig die Zellen erfüllen und durch Confluenz mehrerer Zellen zur Bildung von leeren Räumen Veranlassung geben. Aehnliche Degenerationsformen fand ich im Falle 3, da aber das angrenzende Bindegewebe ebenfalls Zeichen hyaliner Degeneration darbot, konnte ich nicht entscheiden, ob neben einer Verflüssigung der Epithelien nicht auch jener regressive Vorgang vorhanden war, der mit hyaliner Degeneration des Bindegewebes beginnt und secundär die Epithelien ergreift. Ich sah diesen Vorgang ausser bei einem papillären Carcinome der Stirne in excessiver Weise bei einem Tumor der Wange, den ich als „Carcinoma cylindromatosum" im Sinne Ziegler's und Lubarsch's bezeichnen möchte.

An der linken Wange einer älteren Frau fand sich an einer etwa kreuzergrossen Stelle, einer etwas derberen Basis aufsitzend, ein Conglomerat von grösseren und kleineren Cysten, von Hanf- bis Kleinerbsengrösse. Die von glänzender, gespannter Epidermis überzogenen Cysten zeigten theils eine gelbe Farbe, theils waren dieselben blauroth durchscheinend. Der Tumor sass scharf begrenzt der Haut auf und liess sich leicht mit derselben von der Unterlage abheben.

Die mikroskopische Untersuchung ergab vom Deckepithel ausgehende Epithelstränge, von meist sehr in die Länge gezogener Form. Die Zellform war auch in diesem Tumor eine längliche, doch bestand an zahlreichen Stellen die Tendenz, cancroidperlenartige Gebilde zu bilden. Zwischen den, nach aussen durch Cylinderzellen begrenzten, vielfach anastomosirenden Epithelzügen fanden sich Bindegewebsinseln eingelagert, entweder ganz klein, oder fast das Gesichtsfeld einnehmend. Während nun an manchen dieser Inseln das aus jungen Bindegewebszellen bestehende Gewebe erhalten war, zeigten die meisten derselben nur ein centrales Gefäss mit einigen angelagerten Spindelzellen und nach aussen eine von einigen feinen Fasern durchzogene homogene Masse. Eine ähnliche Beschaffen-

heit zeigten die grossen, durch eine doppelte Reihe cubischer Zellen von einander getrennte cystischen Räume. Sie enthielten eine homogene Masse, in der hie und da rothe Blutkörperchen suspendirt waren und zeigten noch Reste meist wandständiger Bindegewebszüge. An kleineren Bindegewebsinseln färbte sich die hyaline Masse mit Haematoxylin blassbläulich, mit polychromem Methylenblau roth; in den grossen cystischen Räumen blieb die Reaction aus.

In diesem Falle kam es zur hyalinen nach Birch Hirschfeld „pseudomucinösen" Degeneration grosser, zwischen weithin anastomosirende Epithelzüge eingeschlossener Bindegewebsinseln und zur Umwandlung derselben in cystische Hohlräume. Eine secundäre Verflüssigung der Epithelien, die in dem Carcinom der Stirne deutlich war, konnte ich in diesem Tumor nicht mit Sicherheit constatiren.

Der beschriebene Vorgang hat aber nichts gemein mit der in den obigen Fällen vorhandenen centralen Nekrose, denn in Krebsnester eingelagerte bindegewebige Antheile fanden sich zwar in jedem der 3 Fälle, aber dieselben zeigten normale Färbung und die Epithelien um dieselben waren in keiner Weise verändert. Ich habe mich fernerhin an Serienschnitten überzeugt, dass der nekrotische Vorgang unabhängig von den daneben gelegenen bindegewebigen Einschlüssen, als centraler Vorgang begann und als solcher ablief.

Dass einerseits durch die beschriebene Nekrose, andererseits durch den Druck des umgebenden Bindegewebes Krebsnester zum Schwinden gebracht wurden, war im Falle 1 nach der geringen Zahl derselben im centralen Antheil gegenüber der Randpartie zwar wahrscheinlich, konnte aber nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden.

Die sich ohne Ulceration ausbildende centrale Narbe im Falle 1 wäre eventuell in Analogie zu stellen mit der centralen Narbenbildung bei Lupus erythematodes oder bei nicht ulcerirten serpiginösen Syphiliden.

Schon nach Abschluss dieser Untersuchungen untersuchte ich drei weitere Fälle von Ulcus rodens, von welchen das eine in der Gegend des inneren linken Augenwinkels, das zweite an

der Wange und das dritte an der Oberlippe localisirt war. Während das erste den von Unna beschriebenen histologischen Charakter repräsentirte, stimmten die beiden letzteren im Charakter der Zellen und Beschaffenheit der Läppchen mit den oben beschriebenen überein, so dass dieselben als weitere Beobachtungen den obigen beigezählt werden können.

Es sei mir gestattet an dieser Stelle meinem hochverehrten Chef und Lehrer Herrn Professor Kaposi für die Durchsicht der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Lebert, Physiol. pathol. 1845.
V. Brun's Handbuch, II. p. 28.
Schuh, Pathol. und Therap. d. Pseudopl., p. 271.
Broca, Bulletin de l' Academie des Méd. 1855.
Verneuil, Bulletin de la société anatomique 1857.
Thiersch, Der Epithelialkrebs insbesonders der Haut, 1865.
Hebra und Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten, II. Auflage, 1872.
Hume, Brit. med. Journal, 1884.
Paul, The Brit. med. Journal, 1885.
Dubreuilh, II. intern. dermatol. Congress, Wien 1892.
Thin, Transact. of the Pathol. Soc. of London.
Kaposi, Pathol. u. Therapie der Hautkrankheiten, 1893.
Moose, Hueke, Collins u. Warren cit. nach Paul.
Unna, Die Histopathologie der Hautkrankh., 1894.
Schmidt, Ziegler's Beiträge, B. VIII., 1890.
Lubarsch u. Ostertag, Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und path. Anatomie.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. XVIII.

Fig. 1. Fall 1. Schnitt durch die Randpartie (Haem. Eos.).
a) Uebergang des Oberflächenepithels in die carcinom. Neubildung.
b) Centrale Nekrose.

Fig. 2. Fall 1. Ein in der centralen Narbe gelegenes Knötchen mit centraler Nekrose.

Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik des Prof. F. J. Pick in Prag.

Beiträge zur Abortivbehandlung der Bubonen.

Von

Dr. **Ludwig Waelsch,**
I. Assistent der Klinik.

Das Bestreben, den im Entstehen begriffenen venerischen Bubo ohne operative Eingriffe zur Rückbildung zu bringen, ihn also abortiv zu behandeln, hat besonders in den letzten 2½ Jahrzehnten, Dank den Erfolgen der Antisepsis, eine Menge Behandlungsmethoden gezeitigt.

Allen diesen Methoden ist es gemeinsam, dass Flüssigkeiten oder Emulsionen in den noch nicht oder schon mehr weniger fluctuirenden Bubo injicirt werden (im letzteren Falle nach erfolgter Aspiration des Eiters), worauf dann, manchmal in ganz unglaublich kurzer Zeit, vollständiger Rückgang der Drüsenschwellung eintreten soll.

Die Mittel, welche empfohlen werden, sind ungemein zahlreich. Seitdem Wertheim [1]) Injectionen mit Morphin-Kampherlösungen, Creosot, Sol. calcar. chlorat. u. s. w. angegeben, waren es besonders antiseptische Lösungen, von Carbol, Sublimat und anderen Quecksilbersalzen, Argentum nitricum (Verfahren nach Lang), Emulsionen von Jodoform und dessen Ersatzmitteln, welche begeisterte Empfehlung fanden, und sich auch bei der Nachprüfung als den Process ziemlich günstig beeinflussend erwiesen.

Dabei fehlte es aber nicht an Stimmen, welche von der Einspritzung derartiger Flüssigkeiten abriethen, und sich vielmehr auf den Standpunkt stellten, dass viele Bubonen unter einfach exspectativer Therapie zurückgehen, die zum Zerfall

tendirenden oder schon vereiterten durch Injectionen nicht besonders günstig beeinflusst werden.

So hebt schon Kohn[2]) hervor (der überhaupt auch gegen die Aspiration des Eiters fluctuirender Bubonen mit einer Spritze ist, vielmehr immer den Bubo punctirt, und den Eiter abfliessen lässt), dass durch Einspritzen von Flüssigkeiten in die Abscesshöhle die Decke desselben dem sie schädigenden Innendrucke neuerlich ausgesetzt wird; ferner werde auch die Eiterung in der abgeschlossenen Höhle nicht vermindert. Das entstehende Eitercoagulum wirke dann wie ein Fremdkörper im subcutanen Zellgewebe; endlich werde auch die Absceswand von dem eingespritzten Medicament beeinflusst. Er kommt zu dem Schlusse: „Nutzen sehr problematisch, Schaden sehr leicht anzustiften.“ Ebenso hebt auch Szadek[3]) in seiner ausführlichen Arbeit (daselbst auch eine sehr ausführliche Literaturübersicht über das uns in folgendem beschäftigende Thema) hervor: „Schon die Menge der zur Abortirung des Bubo empfohlenen Mittel und Verfahren weist auf deren Unzuverlässigkeit hin. Die Erfahrung bestätigt auch täglich, dass es fast immer sehr schwer ist, die Entwicklung der venerischen Bubonen zu sistiren, und alle Methoden der Abortivbehandlung lassen sehr häufig nicht nur bei schon vereiterten, sondern sogar bei beginnenden venerischen Bubonen im Stich.“ Aus diesem Grunde spricht Szadek der energischen chirurgischen Behandlung das Wort.

Noch präciser drücken sich Audry und Durand[4]) aus, welche direct erklären, dass es kein Mittel gebe, um die Vereiterung entzündlich vergrösserter Bubonen zu verhindern; sie vereitern eben „wann sie wollen“.

Einen vermittelnden Standpunkt in dieser Frage nimmt Spietschka[5]) ein, der gelegentlich der Prüfung des von Welander[6]) zur Abortivbehandlung der Bubonen empfohlenen Hydrargyr. benzoicum an dem Materiale unserer Klinik zu folgendem Schlusse kommt: Bei einer Art von Fällen lässt sich jeder operative Eingriff vermeiden. sie heilen unter exspectativer Behandlung (Bettruhe, Antiphlogistik); bei einer weiteren Zahl wird der Eingriff in Folge der Injectionsbehandlung auf das Allereinfachste, nämlich auf einen kleinen Einstich be-

schränkt, durch den der Eiter entleert wird. Lässt sich aber die Operation nicht vermeiden (nach seinen Beobachtungen in ca. 42% der Fälle), so wird der Eingriff durch die vorausgeschickten Injectionen bedeutend vereinfacht, da sich dann die flüssigen und necrotischen Massen sehr leicht und schnell entfernen lassen, wobei die Wundheilung in ganz gleicher Weise verläuft, wie wenn eine Radicalexstirpation gemacht worden wäre. Ausserdem bleibt dann noch dem Kranken ein Theil seiner Drüsen erhalten gegenüber der radicalen Ausräumung. Auf die Wichtigkeit des letzteren Umstandes haben besonders in jüngster Zeit die Arbeiten Bayer's[7]) und Koch's[8]) mit Recht hingewiesen.

Seit dieser Arbeit Spietschka's ist neuerdings das Für und Wider einer Abortivbehandlung der Bubonen mit wechselndem Glücke erörtert worden. So empfehlen, um nur einige Beispiele aus den seit Spietschka's Veröffentlichung publicirten Arbeiten über diesen Gegenstand herauszugreifen Cordier,[9]) Nobel,[10]) Bukovsky[11]) des Lang'sche Verfahren (Injectionen von Argentum nitricumlösungen), während Letnik,[12]) Thaler,[13]) Perry,[14]) Schischa,[15]) Krefting,[16]) Thorn[17]) der Behandlung nach Welander, durch Injectionen von Hydrarg. benzoicum, das Wort reden.

Doch fehlt es nicht auch an Stimmen, welche speciell gegen die letztere Methode sich erheben, so Brousse und Bothezat.[18]) Auch Krefting vertritt den Standpunkt, den seinerzeit schon Welander bei Empfehlung seiner Methode eingenommen, dass nämlich in sich virulente Bubonen keine günstigen Erfolge der Abortivbehandlung erhoffen lassen.

Ausser diesen Methoden haben andere Autoren in neuester Zeit auf ältere Behandlungsmethoden zurückgegriffen, und wollen mit denselben günstige Erfolge erzielt haben, so z. B. Rullier,[19]) Trnka[20]) mit Jodoformvaseline, ebenso Perry.[14]) der diese Salbe bei vereiterten Bubonen empfiehlt, während nicht vereiterte Hydrarg. benzoicuminjectionen indicirt erscheinen lassen. Ferner werden auch empfohlen Combinationen verschiedener antiseptisch wirksamer Stoffe, so von Dubujadoux[21]) Salolum jodoformo-camphoratum.

Endlich wäre hier noch zu erwähnen der Injectionen von Terpentinöl in die Drüsen, welche Rondelli[22]) empfiehlt, in Uebereinstimmung mit der Anschauung Giovanninis,[23]) dass man durch Erregung einer intensiven Eiterung an den Bubonen mit langsamen Verlauf rasche Zerstörung der Drüsen und folglich eine schnellere Heilung zustande bringen könne.

Bei Beurtheilung der Wirksamkeit dieser verschiedenen Mittel können wir dieselben nun in drei Gruppen eintheilen, welche uns auch gleichzeitig über die Gesichtspunkte aufklären, von welchen aus diese Stoffe von den verschiedenen Autoren zur Bubonenbehandlung empfohlen wurden.

Die erste Gruppe bilden die Antiseptica (Carbol, Sublimat), die zweite die antiseptisch und secretionshemmend wirkenden (Argentum nitricum, Jodoform und dessen Ersatzmittel); die dritte Gruppe endlich umfasst die stark reizenden (Terpentinöl). Eine Sonderstellung nimmt das Hydrargyrum benzoicum ein.

Betrachten wir nun die ersten zwei Gruppen, die antiseptisch wirkenden Stoffe, so dürften dieselben in der Anschauung empfohlen worden sein, dass unsere Hauptaufgabe, in Analogie mit andersartigen Abscessen oder stark secernirenden Wunden darin zu suchen sei, die Eiterung im Bubo aseptisch zu machen, und bei der zweiten Gruppe speciell noch die Secretion in Schranken zu halten.

Und wenn wir dabei auch voraussetzen wollten, dass die Bubonen thatsächlich hervorgerufen werden durch die directe Wirkung des Virus des weichen Schankers, das sich in den Drüsen abgelagert hat, so ergibt uns schon eine einfache Ueberlegung, dass diese Stoffe für sich allein nicht wesentliche Erfolge zeitigen dürften. Carbol und Sublimat werden zur Abortivbehandlung in Concentrationen verwendet, welche auf das Virus des weichen Schankers im Geschwür gar keinen Einfluss haben. Denn sowohl Carbol wie Sublimat tödten das Virus erst in hohen Concentrationen, worauf die Behandlung des weichen Schankers durch Aetzungen mit concentrirter Carbolsäure nach Neisser,[24]) und mit Angerer's Sublimatpastillen nach Feibe's[25]) beruht.

Ebenso steht es mit den Stoffen der zweiten Gruppe.

Argentum nitricum in Substanz ist wohl allgemein als ein sehr unzweckmässiges und wenig wirksames Aetzmittel bei der Behandlung der weichen Schanker erkannt [Pick,[26]) Finger[27])] (man dürfte sich daher auch von der ½—1% Lösung keine besondere Wirkung auf das Virus versprechen) und auch das Jodoform und seine Ersatzmittel genügen für sich allein im Stadium der Destruction nicht, um das Geschwür in das Stadium der Reparation zu bringen, worauf erst jüngst Pick[26]) hingewiesen. Es sollte sich also schon auf Grund dieser einfachen Schlüsse eine besondere Wirksamkeit dieser Medicamente und der sie verwendenden Abortivmethoden nicht erwarten lassen.

Ausserdem haben aber noch die Untersuchungen der verschiedenen Autoren ergeben, dass wir es bei den Bubonen nicht immer, sogar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht mit directen Wirkungen des Schankervirus zu thun haben. So ergaben die Untersuchungen Spietschkas[28]) in 0% positive Befunde von Krefting'schen Bacillen im Buboeiter, die Rilles[29]) 8% (in seiner grossen Zusammenstellung von 2317 Impfungen 35%), Raff's[30]) 10%, Buschke's[31]) 22·8%, Deutsch's[32]) 9%. Wir kämpfen also bei Verwendung der Stoffe der ersten und zweiten Gruppe in den meisten Fällen gegen einen Feind, der nicht vorhanden ist, gegen einen Feind, den wir aber auch bei seinem Vorhandensein nicht im stande wären, unschädlich zu machen.

Von demselben Gesichtspunkte aus lässt sich auch die Wirksamkeit des Hydrargyrum benzoicum beleuchten. Welander wirft selbst die Frage auf, ob das Hydrarg. benzoic. das geeigneteste Mittel zur Bubonenbehandlung sei. Er beantwortet diese Frage dahin, dass er dies nicht glaube, da es ja bei der Syphilisbehandlung, intramusculär applicirt, sehr schmerzhafte Infiltrate bewirke. Ausserdem hebt er besonders hervor, dass von der Zahl der günstig verlaufenden Fälle (78%) „selbstverständlich“ die an und für sich selbst virulenten Bubonen abzurechnen sind, denn gegen diese sind Quecksilbersalzlösungen selbstredend ebenso wenig wirklich von Nutzen, wie gegen die offen zu Tage liegenden weichen Geschwüre. Es wirkt also das Hydrargyrum benzoicum nicht abtödtend

auf das Virus des weichen Schankers (über seine allgemein-antiseptische Kraft ist in Welander's Arbeit nichts gesagt); dafür wirkt es aber, worauf die oben erwähnten Infiltrate hinweisen, stark reizend. Damit in Uebereinstimmung stehen auch unsere Resultate der klinischen Beobachtung, welche uns zeigten, dass nach den Injectionen der Zerfall der Drüsen rasche Fortschritte macht, die Haut über dem sich rasch vergrössernden Abscess sich stark röthet und spannt, der Abscess selbst oft ungemein schmerzhaft wird, hohes Fieber eintritt u. s. w. Es dürfte demnach das Hydrarg. benzoicum in seiner Wirkung mehr der dritten der oben aufgestellten Gruppen nahestehen, als deren Vertreter wir das Terpentinöl kennen gelernt haben.

Gegenüber dem letzteren liesse sich aber noch mehr als gegenüber dem Hydrargyr. benzoicum der Vorwurf erheben, dass es vielleicht des Guten zu viel thue und auch Drüsen in Folge des starken chemischen Reizes zur Entzündung und Zerfall bringe, welche man vielleicht bei exspectativer oder anderer Behandlung hätte erhalten können.

Es fragt sich daher auch, ob diese Methoden überhaupt den Namen einer „Abortivbehandlung" verdienen, da durch dieselben der entzündliche und Zerfallsprocess in den Drüsen wohl nicht coupirt wird.

Im Vorstehenden haben wir die Gründe erörtert, welche es uns begreiflich erscheinen lassen würden, wenn alle die empfohlenen vorerwähnten Methoden gar keine Erfolge aufzuweisen hätten.

Nun lässt es sich aber nicht leugnen, dass sich, gemäss den Angaben der verschiedenen Autoren, welche Methoden der Abortivbehandlung angegeben haben, mit den meisten dieser Methoden im Grossen und Ganzen relativ gute Erfolge erzielen lassen (Vergleiche die jüngsten Publicationen von Schischa, Thorn, Brukovsky). Es ist dies ein Widerspruch, der aber auf Grund einfacher Ueberlegungen sich als ein bloss scheinbarer herausstellt.

Allen diesen Behandlungsmethoden ist es nämlich gemeinsam, dass Flüssigkeiten in den noch nicht oder mehr weniger stark fluctuirenden Bubo injicirt werden. Daraus ergibt

sich sofort nach den oben angestellten Erwägungen die Fragestellung:

Kommt dem injicirten Medicament, oder dem Vehikel, in welchem es gelöst ist, die Hauptaufgabe bei der sogenannten Abortivbehandlung zu, oder mit anderen Worten: **Ist nicht bei der Abortivbehandlung die Injection der Flüssigkeiten als solche die Hauptsache, und ist es nicht ganz gleichgiltig, was wir injiciren?**

Diese Frage suchte ich nun dadurch zu beantworten, dass ich eine Zahl von Bubonen, mit gütiger Erlaubniss meines Chefs Herrn Professor F. J. Pick, durch Injectionen mit einer vollständig indifferenten Flüssigkeit, einer sterilisirten physiologischen Kochsalzlösung, in das entzündete Drüsengewebe behandelte.

Eine Auswahl in der Zahl der auf der Klinik seit Anfang September v. J. (der Zeit des Beginnes der Versuche) aufgenommenem Fälle wurde nicht getroffen, sondern es wurde jeder Bubo ohne Rücksicht auf seine Grösse und Schwere der Behandlung unterzogen. Es handelte sich um Bubonen, welche nach typischen weichen Geschwüren aufgetreten waren, ferner um solche nach phagedänischem Ulcera, dann um solche bei indurirten oder indurirenden Geschwüren. Ein Theil der Patienten war latent syphilitisch.

Die Bubonen selbst kamen in verschiedenen Stadien ihrer Entwicklung zur Beobachtung; als schmerzhafte vergrösserte Drüsenpackte, als im Centrum nur wenig fluctuirende Tumoren, endlich als von stark gespannter und gerötheter Haut bedeckte, von derb infiltrirten Drüsen umgebene Abscesse. Im letzteren Falle wurde dann der Injection eine Aspiration des Abscessinhaltes mit der Pravaz'schen Spritze vorausgeschickt. Es wurde aber dann immer eine bedeutend geringere Menge, gewöhnlich nur 1—2 Cm^3 der Kochsalzlösung injicirt, um den oben erwähnten Bedenken Kohn's Rechnung zu tragen.

Ausserdem wurden je nach der Grösse des Bubo 2—6 Cm^3 an verschiedenen Punkten des Tumors in das Drüsengewebe injicirt.

Ich ging dabei von der Annahme aus, dass in jenen Drüsenpartien, wo schon Tendenz zum Zerfalle bestehe, ohne aber klinisch deutlich in die Erscheinung zu treten, dieser Zerfall durch die mechanische Wirkung des Einstichs, der Auseinanderdrängung und Zerrung der Drüsenelemente beschleunigt würde, und andererseits bei nur einfach entzündlich vergrösserten Drüsen durch die Resorption der injicirten Flüssigkeitsmenge auch vielleicht eine Resorption des in die Drüsen abgelagerten Exsudates angeregt werden dürfte.

In dieser Voraussetzung wurde ich auch nicht getäuscht, und will ich über den Verlauf der so behandelten Bubonen weiter unten ausführlich berichten.

Die Injectionen selbst riefen in der Mehrzahl der Fälle gar keine Steigerung der vor der Injection schon bestehenden Druck- oder Spontanschmerzhaftigkeit hervor. Nur manche, besonders empfindliche Personen gaben nach der Injection, und hier auch nur durch 2—3 St. nach der Injection etwas gesteigerte Schmerzhaftigkeit, sowie stärkeres Spannungsgefühl in der Leistengegend an, dagegen liess sich übereinstimmend bei allen Fällen, gewöhnlich am Tage nach der Injection, ein vollständiges oder fast vollständiges Aufhören der Druckschmerzhaftigkeit und der spontanen Schmerzen beobachten, so dass die Patienten wiederum anstandslos herumgehen konnten. Dieses Aufhören der Schmerzen sei hier besonders hervorgehoben gegenüber der zumeist bedeutend gesteigerten Schmerzhaftigkeit der Bubonen nach Injectionen von Hydrargyr. benzoicum und Argent. nitricum, und würde auch die ambulatorische Behandlung der Bubonen gestatten.

In einigen der Fälle trat nach den Injectionen eine geringe Fiebersteigerung (bis 38·2°) auf, die aber in den nächsten Stunden, bei vollständigem Wohlbefinden der Patienten, schwand. — Ausser den Injectionen erhielten die Kranken nur einen einfachen, mit essigsaurer Thonerde getränkten Wattedeckverband.

Die Veränderungen, wie sie nun nach erfolgter Injection in den Bubonen auftraten, waren verschiedenartige, je nach der Art der Drüsenschwellung.

Dort, wo die einzelnen vergrösserten Drüsen zu einem von gerötheter Haut bedeckten Tumor verbacken waren, und starke Druckschmerzhaftigkeit auf Beginn des Zerfalles in der Tiefe schliessen liess, zeigte sich nach der Injection in der Mitte des Tumor deutlich beginnender Zerfall unter gleichzeitiger Abflachung des peripher gelegenen Drüsenpacketes. Unter Fortsetzung der Injectionen bildeten sich die peripheren Drüsen mehr und mehr zurück, während der in der Mitte gelegene Abscess bei gleichzeitig erfolgender Aspiration sich abflachte, die darüber gelegene Haut allmälig abblasste, und so nach verschieden langer Behandlungsdauer der Bubo ohne Operation vollständig zurückging.

In anderen Fällen aber, wo nach Injectionen und Aspiration die den Drüsenabscess deckende Haut sich immer mehr verdünnte, blieb die chirurgische Behandlung unausweichlich. Es zeigte sich aber dann, dass eine einfache Spaltung des Abscesses in den meisten Fällen genügte, und eine Ausräumung der ursprünglich stark infiltrirten Drüsen der Nachbarschaft in Folge ihrer durch die Injectionen bewirkten Rückbildung sich als unnöthig erwies.

Ebenso waren wir auch zur Operation genöthigt in jenen Fällen, wo der Bubo, schon perforirt mit chancröser Perforationsöffnung in unsere Behandlung kam, oder die nach Aspiration des Eiters in der Abscessdecke zurückgebliebenen Einstichsöffnungen chancrös wurden. Aber auch hier liess sich durch der Operation vorausgeschickte Injectionen in das infiltrirte Drüsengewebe der Eingriff wesentlich vereinfachen.

Untersuchungen darüber, ob die mit Injectionen behandelten Bubonen virulente oder nicht virulente waren, habe ich nicht angestellt. Es bewies mir jedoch das Chancröswerden der Perforations- beziehungsweise Einstichsöffnungen der Drüsenabscesse in 4 Fällen die Virulenz des Bubo (im Belage der geschwürig zerfallenen Perforationsöffnungen fanden sich in drei Fällen Ducrey-Krefting'sche Bacillen). Von diesen 4 Fällen kamen 2 zur Operation, während 2 ohne dieselbe (darunter der eine in ambulatorischer Behandlung) zur Heilung in verhältnissmässig kurzer Zeit (13, beziehungsweise 20 Tagen) kamen.

Ich möchte letzteren Umstand besonders Welander, und Krefting gegenüber hervorheben, die bei virulenten Bubonen sich nur von der Operation einen Dauererfolg versprechen.

Wenn dann der Bubo geheilt war, das heisst, und dies will ich hier besonders betonen, nachdem der Begriff „geheilter Bubo“ bei manchen Autoren ein sehr weiter zu sein scheint, wenn die Drüsenschwellung vollständig geschwunden war, so liess sich in der betreffenden Inguinalbeuge neben den zurückgegangenen derben Drüsen oft ein plattenartiger oder spindelförmiger Strang nachweisen. der den Eindruck einer Schwarte, einer Narbe machte. Wiederauftreten der Drüsenschwellung nach erfolgter Entlassung der Kranken habe ich nie beobachtet.

Fälle, bei denen der Bubo unter Injectionsbehandlung heilte (20).

Fall 1. M. B., 19j. Stuccateur. Aufgenommen 10./IX. 1897.

Seit 14 Tagen (4 Tage nach dem letzten Coitus) Geschwüre am Praeputiuminnenblatt, seit 10 Tagen schmerzhafte Adenitis rechts in inguine. Daselbst walnussgrosse, von gerötheter Haut bedeckte, wenig schmerzhafte Geschwulst.

14./IX. I. Injection von 1 Cm^3 physiolog. NaCl-Lösung in den Tumor. (Essigs. Thonerde.)

18./IX. Die Drüsen sind zu einem abgesackten, schmerzlosen Abscess zerfallen.

19./IX. Aspiration von 1½ Cm^3 blutig tingirter, eitriger Flüssigkeit, darauf Injection eines Cm^3 NaCl-Lösung theils in den Abscess, theils in die denselben umgebenden infiltrirten Drüsen.

21./IX. Geschwulst wesentlich abgeflacht, im Centrum Fluctuation deutlich; Injection von 1 Cm^3 in die Drüsen, ohne Aspiration.

23./IX. Fluctuation geschwunden; Injection 1 Cm^3 in die noch etwas vergrösserten Drüsen.

25./IX. An Stelle der Drüsenschwellung daumendicker Strang von 2 Cm. Länge.

29./IX. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer: 19 Tage.

Fall 2. S. J., 22j. Diener. Aufgenommen 14./IX. 1897.

Seit 14 Tagen schmerzhafte Anschwellung links in inguine. Ulceration am Genitale nicht nachweisbar, angeblich auch nicht vorausgegangen. Letzter Coitus vor 3 Monaten. Links vom Frenulum deutliche Narbe, in inguine derselben Seite angeschwollenes Drüsenpacket von Hühnereigrösse im Centrum fluctuirend; die Haut darüber stark geröthet.

18./IX. Zerfall der Drüse schreitet langsam fort; Injection von 1 Cm^3 in die vergrösserten Drüsen.

21./IX. Geschwulst flach, Haut noch leicht geröthet; Injection von 2 Cm.³ in die Drüsen.

23./IX. Der medianwärts gelegene Drüsentumor wesentlich abgeflacht, derber, lateral Fluctuation noch deutlich; Injection von 1 Cm³ theils in den Abscess, theils in die Drüsen.

25./IX. Fluctuation gering.

28./IX. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer: 14 Tage.

Fall 3. F. G., 28j. Reisender. Aufgenommen 6./X. 1897.

Seit 10 Tagen Schwellung in der Leistengegend, seit 4 Wochen indurirendes Ulcus.

Links in inguine schmerzhafter, fluctuirender Drüsentumor von Walnussgrösse. Nach 2 Injectionen von je 1 Cm³ Drüsenschwellung vollständig zurückgegangen, Fluctuation geschwunden.

Heilungsdauer: 7 Tage.

Fall 4. H. A., 22j. Tischler. Aufgenommen 19./IX. 1897.

Patient wurde vor 13 Tagen mit geheilten Ulcera multiplicia von unserer Klinik entlassen. Kurz darauf begann rechts die Drüsenschwellung.

R. in inguine verbackenes Drüsenpacket, im Centrum Zerfall zu einem walnussgrossen Abscess. Die Haut darüber geröthet, verdünnt.

19./IX. Entleerung durch Aspiration von 2 Cm³ einer eiterartigen Flüssigkeit aus dem Abscess, dafür Injection von 1½ Cm³ NaCl-Lösung.

21./IX. Grösse der Geschwulst und des Abscesses unverändert; Aspiration von 2 Cm³ blutiger Flüssigkeit, Injection von 2 Cm³.

23./IX. Entleerung von 2 Cm³ einer rothweinartigen, dünnen Flüssigkeit, Injection von 1½ Cm³.

24./IX. Abscess stark verkleinert Aspiration von ½ Cm³ einer röthlichen dünnen Flüssigkeit, Injection derselben Menge NaCl-Lösung.

27./IX. Abscess geschwunden; an seiner und der Drüsenschwellung Stelle ein derber Strang tastbar.

29./IX. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer 10 Tage.

Fall 5. P. M., 20j. Dirne. Aufgenommen 6./X. 1897.

Vor einem Jahr Lues durchgemacht; seit 14 Tagen rechtsseitiger Bubo. An dem Hymenalcarunkeln speckig belegte Geschwüre. Die Drüsen rechts sind umgewandelt in einen hühnereigrossen, stark schmerzhaften, im Centrum deutlich fluctuirenden Tumor. Linksseitige Drüsensclerose.

13./X. Injection von 4 Cm³ NaCl-Lösung an verschiedenen Stellen der Geschwulst.

18./X. Drüsenschwellung bedeutend abgeflacht, vollständig schmerzlos.

19./X. Injection von 4 Cm³ wie am 13./X.

27./X. Die Haut ganz blass, die Drüsenschwellung vollständig geschwunden.

28./X. Oedem der r. Nymphe. Ulcera noch nicht geheilt, weswegen Patientin bis 1./XI. in Behandlung bleibt.

Heilungsdauer des Bubo 21 Tage.

Fall 6. U. F., 22j. Commis. Aufgenommen 11./X. 1897.

Rechts in inguine hühnereigrosser Drüsentumor mit centralem Zerfall. Geschwür in der Urethra.

Patient bekam 7 Injectionen nach vorausgegangener Aspiration des Abscessinhaltes.

Nach 12 Tagen geheilt entlassen.

Fall 7. J. E., 21j. Commis. Aufgenommen 12./X. 1897.

Geschwür der Harnröhrenmündung. Linksseitige, schmerzhafte, walnussgrosse Adenitis.

Nach 5 Injectionen zu je 1 Cm^3 geheilt entlassen.

Heilungsdauer 9 Tage.

Fall 8. C. J., 28j. Flösser. Aufgenommen 11./X. 1897.

Seit 4 Wochen indurirendes Geschwür im sulcus. Seit 14 Tagen beiderseitige schmerzhafte Adenitis. Der linksseitige Drüsentumor apfelgross, wenig schmerzhaft, der rechtsseitige ganseigross, schmerzhaft, von stark gerötheter Haut bedeckt.

12./X. Injection von 2 Cm^3 in den Tumor rechts.

14./X. Tumor rechts flacher, deutlich fluctuirend, weniger schmerzhaft. Dagegen starke Schmerzen und Zunahme der Schwellung links. Injection von 2 Cm^3 in die linken Drüsen.

15./X. Beide Drüsentumoren schmerzlos. Injection von 1 Cm^3 in das rechte Packet.

18./X. Grosser Abscess rechts, aus dem 6 Cm^3 Eiter aspirirt werden, worauf 1 Cm^3 NaCl-Lösung in den Abscess und je $^1/_2$ Cm^3 in die ober- und unterhalb gelegenen, stark infiltrirten Drüsen injicirt werden. Injection von 1 Cm^3 in den l. Tumor, der stark abgeflacht ist.

20./X. Linksseitiger Tumor geschwunden; aus dem Abscess rechts Aspiration von 6 Cm^3 einer röthlichen dünnen Flüssigkeit, darauf Injection von 2 Cm^3 wie am 18./X.

24./X. Aspiration von 2 Cm^3 aus dem Abscess, der sich stark verkleinert hat, Injection von 2 Cm^3 wie am 18./X.

28./X. An Stelle des Bubo rechts ein narbiger, schmerzloser, spindelförmiger Strang tastbar.

30./X. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer des rechtsseitigen Bubo 19 Tage, des linksseitigen 9 Tage.

Fall 9. V. W., 26j. Schuster. Aufgenommen 2./X. 1897.

Seit 6 Wochen Geschwür im Sulcus. Seit 3 Wochen schmerzhafte Adenitis rechts, woselbst ein apfelgrosser Abscess mit derb infiltrirter Nachbarschaft.

2./X. Aspiration von 8 Cm^3 Eiter; Injection von 2 Cm^3 NaCl-Lösung theils in den Abscess, theils in die infiltrirte Umgebung.

4./X. Abscess kleiner, Drüseninfiltration der Peripherie geringer. Aspiration von 4 Cm^3 Eiter, Injection von 2 Cm^3 wie am 2./X.

6./X. Abscess sehr stark gespannt. Aspiration von 10 Cm^3 stark hämorrhagischen Eiters, Injection von 6 Cm^3.

8./X. Aus der Einstichsöffnung vom 6./X. entleert sich constant hämorrhagischer Eiter. Injection von 2 Cm^3 in den Abscess.

9./X. Injection von 6 Cm^3.

14./X. Abscess ganz entleert, die abgehobene Absceswand überall angelegt, die Haut blasst langsam ab.

16./X. Geringe dünnflüssige Secretion aus der Einstichsöffnung vom 6./X.

19./X. Haut überall erholt, Secretion minimal.

23./X. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer: 21 Tage.

Fall 10. S. I., 20j. Kutscher. Aufgenommen 13./X. 1897.

Vor ca. 4 Wochen Geschwüre an der Glans, die von selbst heilten. Seit 10 Tagen sehr schmerzhafte Adenitis rechts, welche gestern perforirte.

In inguine rechts walnussgrosses Drüsenpacket mit centralem perforirtem Abscess. Aus der Durchbruchsöffnung entleeren sich dicke bröcklige Massen.

13./X. Injection von je 2 Cm^3 an jedem Pole der Drüsengeschwulst.

15./X. Abscess ganz entleert; Infiltration der Drüsen bedeutend zurückgegangen. Injection von je 1 Cm^3 wie am 13./X.

19./X. Drüsenschwellung geschwunden. Haut über den Drüsen bräunlich verfärbt, centrale Perforationsöffnung entleert minimales dünnflüssiges Secret. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer: 6 Tage.

Fall 11. H. F., 25j. Taglöhner. Aufgenommen 10./IX. 1897.

Seit 5 Wochen Geschwür am Frenulum. Seit 6 Tagen Adenitis. In inguine links hühnereigrosser, von gerötheter Haut bedeckter schmerzhafter Tumor.

13./IX. Injection von 1 Cm^3 in den Tumor.

18./IX. Drüsenschwellung abgeflacht, geringe Fluctuation. Injection von 1 Cm^3.

21./IX. Fluctuation geschwunden. Injection von 1 Cm^3.

23./IX. Drüsenschwellung gering; in dieselbe wird 1 Cm^3 injicirt.

25./IX. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer: 15 Tage.

Fall 12. S. P., 20j. Arbeiter. Aufgenommen 2./X. 1897.

Vor 7 Wochen Geschwür im Sulcus, das nach einigen Tagen unter ärztlicher Behandlung heilte. Seit 3 Wochen Drüsenschwellung in inguine links, seit 1 Woche ist die hühnereigrosse Geschwulst erweicht, die Haut darüber geröthet. Das fluctuirende Centrum wird umgeben von derben, geschwollenen, mit einander verbackenen Drüsenmassen.

2./X. 1 Cm^3 NaCl-Lösung in den Abscess nach vorausgeschickter Aspiration, 1 Cm^3 an verschiedenen Stellen des Tumors.

4./X. Injection wie am 2./X. Bei der Aspiration entleeren sich hämorrhagisch-nekrotische Massen.

5./X. Fluctuation im Centrum hat zugenommen.

6./X. Aspiration entleert nur wenig Flüssigkeit. Injection wie am 2./X.

9./X. Abscess wesentlich flacher; Drüseninfiltration vollständig geschwunden. Injection von je $\frac{1}{2}$ Cm^3 in den Abscess und in die Drüsen.

13./X. Entlassen.

Heilungsdauer: 11 Tage.

Fall 13. K. U., 23j. Musiker. Aufgenommen 11./X. 1897.

Seit 9 Tagen Geschwür, das rapid an Grösse zunahm und sich bei der Aufnahme als phagedänisches Ulcus präsentirte.

Am 20./X. Entwicklung einer schmerzhaften Drüsenschwellung links in inguine. Am selben Tage Pacquelinisirung des Geschwüres, das trotz ausgiebiger Touchirung mit dem Kupferstift unter dem Schorf weiter gekrochen war.

21./X. Drüsenschwellung stark zugenommen; in der Tiefe Zerfall beginnend. Injection von 1 Cm^3 NaCl-Lösung in die Drüsen an verschiedenen Stellen. Fünf Stunden nach der Injection Fiebersteigerung 38·2°.

24./X. Drüsenschwellung hat abgenommen; Röthung der deckenden Haut und Schmerzhaftigkeit geringer. Injection von 2 Cm^3 theils in der entwickelten Abscess, theils in die infiltrirten Drüsen.

26./X. Drüsengeschwulst bedeutend verkleinert. Aus der Einstichsstelle in den Abscess vom 24./X. entleert sich braunrothe Flüssigkeit. Geschwürsfläche nach Abstossung des Brandschorfes rein granulirend.

27./X. Injection von 1 Cm^3 in die Drüsen.

28./X. Aus einer 2. Einstichsöffnung entleert sich jetzt ebenfalls Secret. Beide Einstichsöffnungen chancrös.

1./XI. Secretion aus den Einstichsöffnungen minimal, wässerig, ebenso die Drüsenschwellung.

3./XI. Bubo geheilt. Die chancrösen Perforationsöffnungen heilen, ebenso wie das phagedänische Ulcus bis 13./XI.

Heilungsdauer des Bubo 13 Tage.

Fall 14. M. M., 28j. Tischler. Aufgenommen 12./X. 1897.

Seit 1 Woche Schwellung der rechtsseitigen Inguinaldrüsen. Eine Genitalaffection ging derselben nicht voraus und besteht auch gegenwärtig nicht. Patient, der schon mehrmals mit Lues und Ulcera, zuletzt im August d. J. mit Urethritis acuta in klinischer Behandlung stand, führt die Adenitis (pfirsichgrosser, wenig fluctuirender, schmerzhafter Tumor) auf den Druck von Seiten seines Bruchbandes zurück.

Heilung in 14 Tagen nach 4 Injectionen, verbunden mit Aspiration der allmälig zerfallenden Drüsenmassen.

Fall 15. K. K., 22j. Tapezierer. Aufgenommen 30./X. 1897.

Seit 14 Tagen Ulcera und sehr schmerzhafte Drüsenschwellung links in inguine. Daselbst ein ganseigrosser Tumor, mit in der Mitte desselben gelegenem, sich stark vorwölbendem Abscess, der von gerötheter Haut bedeckt ist.

Patient wird versuchsweise mit einfachen Aspirationen des Abscessinhaltes ohne Injectionen behandelt.

30./X. Aspiration von 6 Cm^3.

1./XI. Abscess abgeflacht, Drüsentumor etwas kleiner. Aspiration von 3 Cm^3.

3./XI. Aspiration von 1 Cm^3. Drüsenschwellung deutlich kleiner. Abscess vollständig entleert. Patient wird entlassen.

Nach 2 Tagen stellt sich Patient in der Ambulanz wieder vor. Der Abscess hat sich wieder gefüllt. Drüsenschwellung im Gleichen. Es werden 2 Cm^3 aus dem Abscess aspirirt, $\frac{1}{2}$ Cm^3 NaCl-Lösung in denselben, und 2 Cm^3 an verschiedenen Stellen der Drüsengeschwulst injicirt. Nach 2 Tagen stellt sich Patient wieder vor. Bubo geheilt.

Heilungsdauer: 11 Tage.

Fall 16. C. J., 20j. Kutscher. Aufgenommen 22./X. 1897.

Seit 14 Tagen Drüsenschwellung beiderseits in inguine, die ungemein schmerzhaft ist. Von einer vorausgegangenen Genitalaffection weiss Pat. nichts.

Am Innenblatte des Praeputium ein über linsengrosses Geschwür. Links in inguine ein taubeneigrosser, derber Tumor, rechts ein ebensolcher hühnereigrosser.

Patient wird durch eine Woche exspectativ behandelt (Sol. Busow Umschläge). Da die Drüsenschwellung eher zu- als abnimmt, und die Schmerzen in den Drüsen sich steigern, erhält er je 2 Cm^3 NaCl-Lösung in jeden Pol der rechten, und 2 Cm^3 an verschiedenen Stellen der linken Drüsengeschwulst injicirt.

1./XI. Beginn des Zerfalls in dem Tumor rechts, unter Abflachung und Abnahme der Schmerzen; die Drüsen links stark verkleinert.

3./XI. Rechts Aspiration von 4 Cm^3 Eiter aus dem entstandenen Drüsenabscess, darauf Injection von 2 Cm^3 NaCl-Lösung in denselben und 1 Cm^3 in die infiltrirten Drüsen; ebenso 1 Cm^3 in die linksseitigen Drüsen.

5./XI. Aspiration von 7 Cm^3 blutig-eitriger, dünner Flüssigkeit rechts; darauf Injection von 1 Cm^3 NaCl-Lösung in die Abscesshöhlen, je $\frac{1}{2}$ Cm^3 in den inneren Pol der Drüsengeschwulst oben und unten.

7./XI. Aspiration von 3 Cm^3 rothweinartiger, dünner Flüssigkeit und Injection von 1 Cm^3 in die Abscesshöhle, je 1 Cm^3 unter- und oberhalb des Abscesses in die Drüsen. Die Drüsengeschwulst links in der Mitte zu einem kleinen Abscess zerfallen, aus dem $\frac{1}{2}$ Cm^3 gelben, dicken Eiters aspirirt wird, und darauf 2 Cm^3 NaCl-Lösung theils in den Abscess, theils in die Drüsen injicirt werden.

11./XI. Aus den Einstichsöffnungen in den rechtsseitigen Abscess vom 7./XI. entleert sich constant dünnflüssiges, blutig-seröses Secret. Die Drüsenpackete daselbst zwar verkleinert, aber noch immer ziemlich gross. In diese Drüsen werden je 2 Cm^3 ober- und unterhalb des Abscesses injicirt; links Aspiration von 4 Cm^3 Eiter, mit nachfolgender Injection von 2 Cm^3 theils in den Abscess, theils in dessen Nachbarschaft.

15./XI. Links Aspiration von 3 Cm^3 blutig-seröser Flüssigkeit, Injection von je 1 Cm^3 NaCl-Lösung in den Abscess und in die nur sehr wenig infiltrirten Drüsen.

Bis zum 20./XI. linksseitiger Bubo unter fortgesetzer Aspiration und nachfolgender Injection geheilt.

Heilungsdauer: 23 Tage.

Vom 25./XI. bis 29./XI. hohe abendliche Fiebersteigerungen; Angina follicularis.

Am 29./XI. werden in die neuerdings stark vergrösserten Drüsen rechts (die Perforationsöffnung secernirt noch immer dünnflüssiges Secret) 4 Cm^3 an verschiedenen Punkten injicirt.

1./XII. Perforationsöffnung geschlossen; Aspiration von 2 Cm^3 einer trüben serösen Flüssigkeit; Injection von je 2 Cm^3 oben und unten in den Tumor. Compressivverband.

9. XII. Bubo rechts geheilt.

Heilungdauer: 42 Tage.

Fall 17. P. M., 22j. Arbeiterin, am 22./X. mit condylomatöser Lues und sehr schmerzhafter, taubeneigrosser Adenitis aufgenommen.

Nach der 1. Injection ist die Drüsenschwellung schmerzlos, nach der 2., der Aspiration des Eiters vorausgeschickt werden musste, bedeutende Verkleinerung.

Heilung in 13 Tagen.

Fall 18. H. F., 31j. Heizer. (Ambulatorisch behandelt.)

Am 6./X. stellte sich Patient mit einem belegten Ulcus am Vorhautinnenblatt und geringer Schwellung links in inguine vor. Am 16./X. sucht Patient unsere Ambulanz neuerdings auf. Das Geschwür fast geheilt; die Adenitis hühnereigross, im Centrum zerfallen, sehr schmerzhaft. Aus dem Abscess werden 2 Cm^3 Eiter entleert und je 1 Cm^3 NaCl-Lösung in den Abscess, sowie ober- und unterhalb desselben in die vergrösserten Drüsenpackete injicirt.

18./X. Abscess abgeflacht, Infiltration der Drüsen geringer; Schmerzen ganz geschwunden. Aspiration von 2 Cm^3, Injection von 1 Cm^3 in den Abscess, je $^1/_2$ Cm^3 in die Drüsen oben und unten.

20./X. Drüsentumor weiter zurückgegangen. Abscess wieder gefüllt. Aspiration von 7 Cm^3; Injection von je 1 Cm^3 in den Abscess und in die Drüsen. Compressivverband.

24./X. Patient ist seinem Berufe anstandslos nachgegangen. Die letzte Einstichsöffnung in der Abscessdecke chancrös zerfallen, entleert dünnflüssiges Secret. Drüsenschwellung im Gleichen. Injection von je 2 Cm^3 oben und unten in das Packet. Compressivverband.

28./X. Kein Secret aus der stark verkleinerten Perforationsöffnung. Drüsenschwellung gering. Injection von 1 Cm^3 in die Drüsen. Jodoformverband.

4./XI. Bubo geheilt.

Heilungsdauer: 19 Tage.

Es wurden also im Ganzen 18 Fälle mit 20 Bubonen ausschliesslich der Injectionsbehandlung unterzogen, und erwies sich eine operative Behandlung als unnöthig. Die mittlere Heilungsdauer betrug 15·4 Tage. (Schischa beobachtete bei seiner Versuchsreihe mit Hydrarg. benzoicum als durchschnittliche Heilungsdauer 21·5 Tage; wenn man von dem Falle absieht, der die Operation nothwendig machte und der 82 Tage zur Heilung brauchte, so stellt sich die mittlere Heilungsdauer auf 19·1 Tage; Bukovsky konnte bei der Behandlungsmethode nach Lang in durchschnittlich 14·7 Tagen die Bubonen zur Heilung bringen, eine Zeitdauer, die auch ungefähr der von Nobl bei demselben Verfahren beobachteten entspricht.)

Strumöse Bubonen (2 Fälle).

Fall 19. H. O., 20j. Fabriksarbeiter. Aufgenommen 13./IX. 1897. Im August d. J. lag Patient mit multiplen Ulcera auf unserer Klinik. Seit seinem Austritt hat sich die linksseitige schmerzhafte Adenitis allmälig entwickelt. Links in inguine ein mannsfaustgrosser, mässig schmerzhafter, prallelastischer Drüsentumor.

Nach der 1. Injection der 0·6% NaCl-Lösung hören die Schmerzen im Tumor vollständig auf.

22./IX. Tumor verkleinert, in der Tiefe undeutliche Fluctuation; Injection von 2 Cm^3 an verschiedenen Stellen der Geschwulst.

23./IX. Haut über der Geschwulst leicht geröthet; an den seitlichen Polen des Tumors Injection von je 1 Cm^3. Nach Ueberwindung des Hautwiderstandes und des der oberflächlichen, derb infiltrirten Drüsenpartien gelangt die Nadel unter plötzlichem Aufhören dieses Widerstandes in eine ziemlich grosse Höhle, es ist augenscheinlich Zerfall im Centrum eingetreten.

25./IX. Tumor wieder etwas abgeflacht. Aspiration aus der Tiefe misslingt. Injection von 4 Cm^3 an verschiedenen Stellen.

27./IX. An den drei letzten Einstichsstellen ist auch oberflächlicher Drüsenzerfall eingetreten. Aspiration misslingt. Injection von 5 Cm^3 an verschiedenen, zwischen den entstandenen kleinen Abscessen gelegenen Stellen des Tumors.

Unter fortgesetzten Injectionen breitet sich der Zerfall mehr und mehr aus, es entstehen mehrere durch derbes Drüsengewebe von einander getrennte Abscesse. Dabei nimmt die Drüsenschwellung bis zu Hühnereigrösse ab und ist vollständig schmerzlos. Patient lässt sich nun nicht mehr im Spital zurückhalten und wird am 17./X. entlassen.

Er stellte sich noch später mehreremale in der Ambulanz vor. Er geht seiner Arbeit ohne jede Störung nach. Der Abscessinhalt hat sich

grösstentheils resorbirt, der derbe Tumor ist ungefähr hühnereigross und macht ihm gar keine Beschwerden.

Der 2. Fall von strumösem Bubo (einen 19jährigen Mediciner betreffend) verlief in ganz analoger Weise. Auch hier musste der Patient, durch äussere Umstände genöthigt, die Klinik vor seiner definitiven Heilung verlassen.

Der Erfolg der Injectionsbehandlung bei den sogenannten strumösen Bubonen ist, wie alle Autoren, jüngst erst wieder Schischa, angeben, ein sehr fraglicher.

Auch die Injectionsbehandlung mit physiologischer Kochsalzlösung hat in meinen 2 Fällen, ohne aber zu Ende geführt werden zu können, keine vollständige Heilung erzielt. Sie hat aber doch eine bedeutende Verkleinerung der Tumoren bewirkt. Von besonderem Interesse erscheint mir der Zerfall der Tumormassen, welche an der Stelle der Injectionen eingetreten war. Ich halte diesen Umstand mit für einen Beweis der eingangs dieser Arbeit vertretenen Anschauung, dass durch das grobmechanische Moment des Einstichs und der Auseinanderdrängung des Drüsengewebes durch grössere injicirte Flüssigkeitsmengen der Zerfall des Gewebes angeregt wird.

Fälle, bei welchen trotz Injectionsbehandlung die Operation sich als nothwendig erwies (5 Fälle).

Fall 21. S. W., 24j. Verwalter, aufgen. den 24./X. 1897.

Seit 5 Wochen Schmerzen beim Uriniren, Ausfluss aus der Harnröhre, seit 8 Wochen Drüsenschwellung rechts. Ein Geschwür ist angeblich der Drüsenschwellung nicht vorausgegangen, und lässt sich auch bei der Untersuchung nicht nachweisen. Die Drüsenschwellung in inguina ist ganseigross, derb, schmerzhaft.

Bis zum 7./XI. hat sich die Drüsenschwellung nach 3 Injectionen physiolog. Kochsalzlösung bedeutend abgeflacht, und ist im Centrum Zerfall eingetreten. Die Einstichöffnungen der letzten Injectionen sind chancrös geworden, und entleeren dünnflüssiges Secret. Da der Zerfall dieser chancrösen Oeffnungen rasch fortschreitet, wird am 12./XI. in Narkose die Ausräumung der Drüsen vorgenommen, nachdem die durchlöcherte Haut in weitem Umkreise umschnitten worden war.

Fall 22. K. E., 30jähriger Kellner, aufgen. den 25./X. 1897.

Seit 4 Wochen Anschwellung der linken Leistendrüsen. Ein Geschwür ist derselben nicht vorausgegangen. Das Drüsenpacket ist ca. hühnereigross und sitzt demselben ein über haselnussgrosser, von stark verdünnter Haut bedeckter Abscess auf.

26./X. Punction des Abscesses an seiner Basis mit dem Spitzbistouri, Injection von je 1 Cm^3 NaCl-lösung in die Pole der Geschwulst.

28./X. Drüsentumor abgeflacht, Injection von 2 Cm^3 in die tieferen Partien.

30./X. Punctionsöffnung verlegt durch eine stark vergrösserte tiefe, median gelegene Drüse. Aus dem Abscess, der sich wieder gefüllt hat, werden 7 Cm^3 einer trüben, rothweinartigen Flüssigkeit durch Aspiration entleert, und 1 Cm^3 in das Packet injicirt. Bis zum 16./XI. hat sich das grosse Drüsenpacket der Peripherie unter fortgesetzten Injectionen bis auf die eine oben erwähnte Drüse ganz zurückgebildet, der Abscess füllt sich aber immer von Neuem. Daher am 17./XI. Operation, Spaltung des Abscesses und Entfernung der einen stark vergrösserten Drüse.

Fall 23. T. J., 31jähriger Arbeiter, aufgen. den 26./X. 1897.

Seit 3 Wochen Geschwür mit gleichzeitigem Beginn der schmerzhaften Adenitis. Das Drüsenpacket l. hühnereigross, im oberen Theil deutlich fluctuirend, von stark verdünnter Haut bedeckt. Nach 2 Injectionen in das Drüsenpacket unter gleichzeitiger Aspiration aus dem Abscess ist die Drüsenschwellung fast ganz geschwunden. Die Haut über dem Abscess ist aber derartig hochgradig verändert, dass sie allmälig zerfällt. Pat. verweigert die Abtragung der unregelmässigen Abscessränder und wird daher entlassen.

Fall 24. T. J., 25jähriger Eisendreher, aufgen. den 30./X. 1897.

Seit einer Woche Genitalaffection, seit 5 Tagen schmerzhafte Adenitis. Die rechten Leistendrüsen verbacken zu einem schmerzhaften, über ganseigrossen Tumor, die Haut darüber geröthet, darunter undeutliche Fluctuation.

31./X. Bubo ungemein schmerzhaft, so dass Pat. schlaflos ist. Inj. von 3 Cm^3 an verschiedenen Stellen des Tumors.

1./XI. Schmerzen vollständig geschwunden. Drüsentumor abgeflacht.

3./XI. Injection von 2 Cm^3.

7./XI. Drüsengeschwulst im Centrum zerfallen, aus der Einstichsöffnung vom 3. d. M. entleert sich dünner Eiter. Injection von 2 Cm^3 an verschiedenen Stellen des Tumors.

12./XI. Tumor weiter abgeflacht. Einstichsöffnung vom 3. d. M. chancrös, Injection von 2 Cm^3 in den härtesten Theil der Geschwulst.

13./XI. Operation in Narcose, Umschneidung der chancrösen Einstichsöffnung, Ausräumung der Drüsen.

Fall 25. P. N., 24jähr. Schlosser, aufgen. den 13./XI. 1897.

Seit 4 Wochen Geschwüre, seit 10 Tagen Adenitis. Die Drüsen im inguine rechts zu einem pfirsichgrossen Abscess zerfallen, geringes Drüsenpacket am Grunde desselben. Unter Injectionen (2) die Drüsenschwellung geschwunden; die stark rareficirte Abscessdecke beginnt zu zerfallen. Daher am 22./XI. Spaltung des Abscesses, Auslöffelung seiner Wand.

In diesen 5 Fällen liess sich die Operation nicht umgehen. In 2 Fällen nöthigte der rapide Zerfall der verdünnten Abscessdecke zur Operation, in 2 Fällen wurden die Einstichsöffnungen der Injectionen progredient chancrös, und musste

deswegen, trotzdem begründete Hoffnung vorhanden war, die Drüsen vollständig zur Rückbildung zu bringen, die Operation angeschlossen werden. (Es wurden auch in beiden Fällen die Operationswunden chancrös.) Im 5. Falle endlich nöthigte eine, der Injectionstherapie nicht weichende Drüse zur Entfernung derselben, was mit Spaltung des sich stets wieder füllenden Abscesses verbunden wurde.

Als Ergebniss der vorgeschilderten Versuche resultirt daher kurz Folgendes: Im Ganzen wurden der Injectionsbehandlung mit physiologischer Kochsalzlösung unterworfen 25 Fälle mit 27 Bubonen. Davon heilten 20 = 74% innerhalb durchschnittlich 15·4 Tagen. (Welander erzielte mit seinem Verfahren 78% Heilung.) Bei 2 Fällen wurde die Behandlung aus äusseren Gründen nicht zu Ende geführt.

5 Fälle = 14·8% (gegen ca. 42%, die nach Spietschka bei der Injectionsbehandlung nach Welander operirt werden mussten) kamen zur Operation, und hätte sich in 2 dieser Fälle die Operation sicher vermeiden lassen, wenn sie früher Spitalshilfe gesucht hätten.

Es lässt sich daher die Injectionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung den gebräuchlichsten Abortivbehandlungsmethoden nach Lang und Welander an die Seite stellen.

Ich möchte aber hier nochmals darauf hinweisen, dass durch eine jede Injection in die Drüsen ein mehr weniger starker Reiz gesetzt wird, der die bestehende Entzündung vorübergehend steigert. Ich suchte nun in einer weiteren Versuchsreihe diesen Reiz dadurch zu umgehen, dass ich von intraglandulären Injectionen absah und periglanduläre Injectionen mit physiologischer oder höher concentrirten (bis 10%) Kochsalzlösungen vornahm. Ueber die Erfolge dieser Versuche, bei welchen auch hie und da intra- und periglandulären Injectionen combinirt wurden, will ich nach Abschluss derselben berichten.

Zum Schlusse fühle ich mich verpflichtet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor F. J. Pick, für die mir bei dieser Arbeit gewährte Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Wertheim, Ueber subcutane Behandlung von geschlossenen Abscessen, speciell von Bubonen, Wiener medicin. Wochenschrift 1868, Nr. 85—87.

2. Kohn E., Ueber Behandlung der Bubonen durch Punction, Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. III, 1871, p. 225.

3. Szadek, Ueber chirurgische Behandlung der suppurirenden venerischen Bubonen. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. Bd. 20, 1888.

4. Audry et Durand, Sur le bubon et son traitement, Gazette hebdom. de Médec. et Chirurgie 1896.

5. Spietschka Th., Ueber die Behandlung der Bubonen, insbesondere seit Anwendung der Welander'schen Methode. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1892/II. p. 63.

6. Welander E., Versuche einer Abortivbehandlung der Bubonen. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. Bd. 23, 1891. p. 43.

Welander E., Ueber Abortivbehandlung von Bubonen mittelst Einspritzungen von benzoesaurem Quecksilberoxyd, Archiv f. Dermatologie und Syphilis. Bd. 23, 1891. p. 379

7. Bayer C., Altes und Neues über kranke Lymphdrüsen, Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 49, p. 647.

8. Koch Fr., Ueber das „ulcus vulvae" (chronic., elephantiasticum etc.) Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 34, 1896, p. 205.

9. Cordier, Traitement de bubons, L'union médical. 1892.

10. Nobl, Ueber eine Behandlungsmethode venerischer Lymphadenitis, Jahrbuch der Wiener Krankenanstalten 1893, Archiv f. Dermatologie und Syphilis 1894, Bd. 27, p. 88, dieselbe Zeitschrift 1895, Bd. 32, p. 289.

11. Bukovsky J., Die Therapie der Bubonen nach Lang's Methode. Wiener medicin. Wochenschrift 1897, Nr. 1, 2.

12. Letnik L., Zur Frage der Abortivbehandlung der Bubonen, Wratsch 1892, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. Bd. 32, 1895, p. 293.

13. Thaler, Die Behandlung der Bubonen mit benzoesaurem Quecksilber nach Welander, Annalen d. städt. allgem. Krankenhauses zu München 1893, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis 1895, Bd. 32, p. 289.

14. Perry, The etiology and treatment of venereal Buboes, The American. Journal 1896, ref. Arch. f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 39, 1897, p. 444.

15. Schischa M., Die Behandlung der Bubonen mit Hydrargyr. benzoic. Wiener medicin. Wochenschrift 1897, Nr. 2 und 3.

16. Krefting, Virulente Bubonen und der Ulcus molle-Bacillus. Arch. f. Dermatologie und Syphilis 1897, Bd. 39, p. 51.

17. Thorn, Behandlung der ›Leistenbubonen mit Injection von Hydrargyr. benzoic. oxydat. Deutsche medicin. Wochenschrift 1897, Nr. 32, ref. Dermatolog. Zeitschrift Bd. IV, p. 659.

18. Brousse und Bothezat, Ueber den Werth der Welander-schen Abortivbehandlung der Bubonen, Annales de Dermatologie 1893.

Brousse, Behandlung der Bubonen nach Welander, Montpellier médical 1893, Nr. 7, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 27, 1894, p. 141.

19. Rullier, Traitement des bubons par les injections de vaseline jodoformée. Archiv de médecine et de pharm. milit. 1895, Nr. 3, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 38, 1897, p. 297.

20. Trnka, Die Behandlung eitriger Bubonen der Leiste durch subcutane antiseptische Durchspülung. Wieder medicin. Wochenschrift 1893, Nr. 9, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 27, 1894, p. 141.

21. Dubujadoux, Traitement du bubon d'origine chancrense par l'injection préalable de salol camphoré jodoformé. Archive de médecine et de pharm. militaire 1896, Nr. 8, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 39, 1897, p. 441.

22. Rondelli, A proposito di alcuni tentativi di cura dei buboni non supparati con iniezioni intraglandolari di olio trementina. Il Morgagni, 1895, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis Bd. 32 1895, p. 293.

23. Giovannini, citirt bei Rondelli.

24. Neisser, Bemerkungen zur Behandlung d. Ulcus molle. Berliner klin. Wochenschrift 1895, Nr. 36.

25. Feibes, Zur Behandlung des Ulcus molle. Dermatologische Zeitschrift Bd. II.

26. Pick F. J., Prophylaxe und Therapie der venerischen Helkose, Pentzold und Stintzing's Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankkeiten. Bd. VI.

27. Finger E., Die Syphilis und die venerischen Krankheiten, Wien 1892, p. 229.

28. Spietschka, Beiträge zur Aetiologie des Schankerbubo. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 28, 1894.

29. Rille, J. H., Zur Aetiologie der Bubonen, Bericht des V. Dermatologencongresses 1895, p. 569, 570.

30. Raff, Discussion zum Vortrage Buschke's und Rille's, Bericht des V. Dermatologencongresses 1895, p. 572.

31. Buschke, Ueber die Pathogenese des weichen Schankers und der venerischen Bubonen. Bericht des V. Dermatologencongresses 1895, p. 538.

32. Deutsch, Verhandlungen des Vereines ungarischer Dermatologen und Urologen. Sitzung v. 9./III. 1896. ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 38, 1897, p. 103.

Die Exantheme der Tuberculose.

(„Tuberculides" Darier.)

Von

Professor **C ä s a r B o e c k**
in Christiana.

(Schluss.)

Lupus erythematosus discoides.

Von allen hier behandelten Ausschlagsformen ist der Lupus erythematosus discoides die zuerst beschriebene und am besten gekannte. Aber nichtsdestoweniger sind noch in diesem Augenblicke die Meinungen über die Abhängigkeit dieser Hautaffection von der Tuberculose sehr abweichend. Die allermeisten Fachmänner, namentlich in Deutschland, sind bis zum heutigen Tage geneigt gewesen, einen jeden solchen Zusammenhang in Abrede zu stellen. Einzelne französische und englische Fachmänner dagegen, namentlich B e s n i e r und H u t c h i n s o n, haben schon sehr früh die Anschauung verfochten, dass der Lupus erythematosus ein Ausdruck der tuberculösen Infection sei, ohne dass sie diesen Connex näher zu erklären versucht haben. Ebenfalls schon längst durch meine klinischen Beobachtungen zur selben Auffassung geleitet, aber zu gleicher Zeit durch mikroskopische Untersuchungen vollständig darüber im Klaren, dass es beim Lupus erythematosus sich gar nicht um eine wirkliche Hauttuberculose handelte, versuchte ich d a s V e r h ä l t n i s s d u r c h d i e E i n w i r k u n g d e r T o x i n e d e s T u b e r k e l b a c i l l u s a u f g e w i s s e N e r v e n c e n t r e n d e r H a u t, n a m e n t l i c h d i e v a s o m o t o r i s c h -

trophischen Centren, zu erklären. Diese meine Deutung ist zum Theil acceptirt, meistens doch bisher missbilligt worden. Auch Prof. Jadassohn[1]) findet sie weniger plausibel, und gleichzeitig hebt er mit Recht hervor, dass noch kein Beweismaterial für den Zusammenhang des Lupus erythematosus discoides mit der Tuberculose vorliegt. Er sagt ebenfalls mit Recht, dass die Beweispflicht denjenigen obliegt, die eine solche Behauptung aufstellen. Deswegen habe ich auch während der letzten Jahre Notizen über den allgemeinen Gesundheitszustand sämmtlicher in meiner Privatpraxis vorgekommenen Fälle von Lupus erythematosus gemacht.

Ich führe unten sämmtliche diese Fälle tabellarisch auf.

Für genau zwei Drittel der hier tabellarisch aufgeführten 36, an der discoiden Form des Lupus erythematosus leidenden Patienten sind deutliche Symptome der Scrofulo-Tuberculose beim Kranken selbst nachgewiesen. Ich habe nämlich nicht Nr. 31 unter die positiven Fälle mitgerechnet, obschon sie „als Kind sehr oft wund in der Nase war" und gewiss ebenfalls bacillär inficirt gewesen um so viel mehr, als auch ihre Familie tuberculös war — und auch Nr. 20 nicht, die im Alter von 15 Jahren an langwierigen impetiginösen Eczemen gelitten hatte. Dieses Resultat zeigt doch ganz deutlich eine Abhängigkeit auch der discoiden Form des Lupus erythematosus von der Tuberculose; denn es wird nicht möglich sein, bei zwei Dritteln unserer erwachsenen Bevölkerung manifeste Symptome von Tuberculose nachzuweisen.

Von den 12 Patienten, die selbst keine deutlichen Symptome von Tuberculose dargeboten haben, hatten 6, also die Hälfte, nahe Verwandte, die tuberculös waren. Den Fall, wo nur eine Tante tuberculös war, habe ich natürlich nicht mitgerechnet. Für 30 der aufgeführten 36 Kranken, also für mehr wie 83%, ist in Folge dessen entweder beim Kranken selbst oder bei nahen Verwandten desselben die Tuberculose vorgefunden worden. Es muss übrigens hier ausdrücklich be-

---

[1]) Lubarsch und Ostertag: Ergebnisse etc. — Lupus erythematosus, pag. 410.

Name	Alter	Alter beim Ausbr. der Krankheit	Localisation	Tubercul. Symptome bei dem Pat. selbst	Tuberculose bei nahen Verwandten
1. Frau M.	43	37	Beinahe das ganze Gesicht: Nase, Wangen, Kinn, Schläfe	In hohem Grade scrofulös als Kind. Im Alter von 8 Jahren förmlich blind wegen scrofulöser Augenkrankheit. Ausfluss a. d. Ohren durch eine lange Zeit. Jetzt Drüsentumoren am Halse und Corneaflecke	—
2. Fräulein M. L.	17	16	An den beiden Wangen und den Händen	3 Jahre alt, hatte sie Ulceration auf d. Cornea. Vor zwei Jahren weg. Drüsengeschwulst am Halse operirt, wo fortwährend grosse Drüsentumoren	—
3. Mina J.	32	31	Auf der Nase und an den Fingern	Ausgesprochen scrofulo-tuberculös. Scrofulös im Kindesalter. „Leberthran in grosser Menge getrunken." Fortwährend zahlreiche Drüsentumoren am Halse	Die Mutter und eine Schwester an Lungentuberculose gestorben
4. Frau Clara L.	44	—	Auf den beiden Wangen	Hatte, 4 Jahre alt, suppurirende Drüsenabscesse am Halse, wo jetzt die Narben zu sehen sind	—
5. Fräulein B.	32	—	Pars capillata	Als Kind an langwierigen Drüsenabscessen gelitten, nach welchen noch jetzt die Narben da sind	—

Name	Alter	Alter beim Ausbr. der Krankheit	Localisation	Tubercul. Symptome bei dem Pat. selbst	Tuberculose bei nahen Verwandten
6. Fräulein Ingeborg R.	26	—	Die Na^se und die linke Wange	Gibt an, selbst nie an Scrofelkrankheit gelitten zu haben	Die Schwester ist von mir wegen tuberculöser Phlyktänen u. Hauttuberculose behandelt worden. Sie starb an Lungentuberculose
7. Mathilde O.	11	5	Beinahe d. ganze Gesicht: Nase, Lippen, Wangen, Schläfe, Ohren, Hinterkopf, Vorderarme u. Hände	3 Jahre alt suppurirende Drüsen auf dem Halse, welche geöffnet wurden. Auch jetzt grosse Drüsentumoren am Halse	—
8. Ingold O..	16½	—	Nase, Wangen, Ohren u. Kinn	Gibt an selbst nie an manifesten tuberculösen Symptomen gelitten zu haben. Er sieht jedoch sehr schwach und zart aus	Eine Schwester wurde 18 Jahre alt wegen Tuberculose im Abdomen operirt
9. Fräulein Sophie P.	26	25	Ueber der Nase	Grosse Drüsentumoren am Halse. Sie ist dabei auch schwächlich u. blass	—
10. Fräulein Ingeborg H.	29	20	Nase, Wangen, Stirn, Kinn, Ohren, pars capillata (Hinterk.), Handrücken u. Vrd.-Arm	Erst vor 5 Jahren traten grosse Drüsentumoren am Halse auf, welche vor vier Jahren exstirpirt wurden. Jetzt wieder Drüsentumoren am Halse	—

Name	Alter	Alter beim Ausbr. der Krankheit	Localisation	Tubercul. Symptome bei dem Pat. selbst	Tuberculose bei nahen Verwandten
11. H. O. Aus...	30	24	Gesicht, Ohren, Hände	Stark angeschwollene Drüsen unter dem Kinn	Ein 10 Jahre jüngerer Bruder in hohem Grade scrofulo-tuberculös
12. Frau And...	32	20	Die Nase und die Wangen	Sie will selbst nie an irgend einem scrofulo-tuberculösen Symptom gelitten haben	Einen Bruder habe ich wegen ganz enormen Drüsentumoren am Halse behandelt
13. Frau S. O.	33	33	Die beiden Wangen	Sehr bedeutende Drüsentumoren in der Axilla u. am Halse. Operation	—
14. Fräul. F. O.	16	16	Die beiden Wangen	Grosse Drüsentumoren am Halse, der dabei ganz schief und difform war	—
15. Hanna A...	59	56	pars capillata	Hat, wie es scheint, nie an manifesten tuberculösen Symptomen gelitten	Auch keine tuberculöse Anverwandte
16 Oline A.	19	—	Die beiden Wangen	Eine lange Reihe von stark geschwollenen Drüsen auf beiden Seiten des Halses, besonders auf der linken Seite	—
17. Thalette E.	20	16	Rechte Wange	Sie hat Scrofeln seit dem 7. Lebensjahre gehabt. Jetzt grosse prominente Drüsentumoren auf beiden Seiten des Halses	—

Name	Alter	Alter beim Ausbr. der Krankheit	Localisation	Tubercul. Symptome bei dem Pat. selbst	Tuberculose bei nahen Verwandten
18. Frau B.	51	50	Nase, Ohren, Hände mit den Fingern	Als Kind scrofulöse Ophthalmien. Später Drüsentumoren am Halse, welche jedoch jetzt geschwunden sind	—
19. Frau M...	43	40	Pars capillata (sehr verbreitet)	Sie selbst hat nie an scrofulo-tuberculösen Symptomen gelitten	Ihre Mutter und ein Bruder der Mutter ist an Lungenschwindsucht gestorben
20. Frau R.	44	42	Beinahe das ganze Gesicht	Langwieriges, sehr verbreitetes impetiginöses Eczem im Alter von 15 Jahren. Aber kein deutliches tuberculöses Symptom	—
21. Emilie A.	34	32	Lupus eryth. discoid. faciei	Auf der rechten Cornea weisse Flecke nach scrofulösen Ophthalmien im Kindesalter	—
22. Gulette L...	30	27	Lupus eryth. discoid. faciei	Durch und durch scrofulo-tuberculös von d. frühen Kindheit ab. Weisse Flecken der rechten Cornea. Grosse Narben auf dem Halse nach suppurirenden Drüsen. Jetzt zahlreiche Drüsentumoren am Halse und unter dem Kinn	—

Name	Alter	Alter beim Ausbr. der Krankheit	Localisation	Tubercul. Symptome bei dem Pat. selbst	Tuberculose bei nahen Verwandten
23. Fräul. A. H.	35	—	Ungefähr das ganze Gesicht	Drüsentumoren am Halse	Der Vater und 2 Geschwister sind an Tuberculose gestorben
24. Alma S...	12½	—	Das Gesicht	Durch u. durch scrofulo-tuberculös. Wegen Knochentuberculose der Arme u. d. Schulter operirt	—
25. Theodora M.	11	—	Das Gesicht	Keine deutlichen scrofulo-tuberculösen Symptome. Sieht jedoch blass und lymphatisch aus	—
26. Emma N..	26	—	Das Gesicht	Selbst keine tuberculöse Symptome	Eine Tante ist an Lungenschwindsucht gestorben
27. Caroline J...	35	34	Die Nase	Im Alter von 6 Jahren suppurirende Drüsen am Halse, nach welchen jetzt Narben sichtbar sind	—
28. Frau E...	46	28	Beinahe das ganze Gesicht und auch die pars capillata	Keine deutlichen scrofulo-tuberculösen Symptome. Sieht jedoch sehr schwach aus	Auch ihre Familie soll ganz gesund sein
29. Fräulein Anna A.	39	—	Die beiden Wangen	Durch und durch scrofulo-tuberculös. Wiederholt scrofulöse Ophthalmien. Die Nase verstopft. Drüsentumoren am Halse	—

Name	Alter	Alter beim Ausbr. der Krankheit	Localisation	Tubercul. Symptome bei dem Pat. selbst	Tuberculose bei nahen Verwandten
30. Frau As...	54	53	Apex nasi und pars capillata	Keine deutlichen tuberculösen Symptome. Doch im Ganzen sehr schwach	—
31. Frau Antonette K.	47	—	Die Wangen, Ohren und Hände	Als Kind sehr oft „wund in der Nase"	Ein Bruder litt an tuberculösen Ophthalmien. E. Schwester starb an Lungenschwindsucht
32. Frau F...	45	—	Das Gesicht und die pars capillata	Scrofulo-tuberculös in der Kindheit: Augenkrankheiten und geschwollene Drüsen am Halse	—
33. Fräul. O...	37	—	Die Nase und die Wangen	Im Alter v. 20 Jahren suppurirende Drüsen am Halse	—
34. Fräulein H.	39	—	Pars capillata	Narben auf der rechten Seite des Halses nach suppurirenden Drüsen im Alter von 20 Jahren. Die Suppuration dauerte 2 Jahre. Noch fortwährend geschwollene Drüsen zwischen den Narben	—
35. Even S.	64	50	Ganzes Gesicht, Ohren, Handrücken mit den Fingern	Selbst keine tuberculösen Symptome	Ein Bruder u. ein Sohn starb scrofelkrank
36. Alfred S.	44	38	Die Nase und die Wangen	Scrofulöse Ophthalmien in der Kindheit. Jetzt weisse Flecke auf der Cornea. Geschwollene Nackendrüsen, besonders auf der linken Seite	—

merkt werden, dass gewiss mehrere der oben angeführten Patienten, obschon es nicht für dieselben auf der Tabelle notirt ist, tuberculöse Verwandte gehabt haben, da ich nämlich in der Regel erst dann nach Tuberculose bei den Anverwandten gefragt habe, wenn die Krankheit nicht deutlich beim Kranken selbst nachgewiesen werden konnte.

Der Umstand, dass Lupus erythematosus also in einer gewissen Anzahl von Fällen — hier in 16 bis 17% — vorkommt, wo weder früher noch im jetzigen Augenblick eine tuberculöse Erkrankung weder beim Kranken selbst, noch bei seinen nahen Verwandten nachgewiesen werden kann, wird doch heutzutage nicht als ein entscheidendes Argument gegen die Abhängigkeit dieser Hautaffection von der Tuberculose angewendet werden können, da wir ja alle jetzt wissen, wie häufig in der That die latente Tuberculose ist. Kommt es ja gar nicht so selten vor, dass jemand, der an Lupus erythematosus leidet und sonst im Anfang rüstig und gesund zu sein scheint, nichtsdestoweniger nach kürzerer oder längerer Zeit sich als durch und durch tuberculös manifestirt. So einen Fall hat man z. B. in dem als Nr. 10 in der Tabelle aufgeführten Casus, wo nämlich die Drüsentumoren erst 4 Jahre, nachdem ihr Lupus erythematosus aufgetreten war, sich entwickelten.

Ein ähnliches Beispiel hatten wir auch bei einem in unserer Poliklinik im Jahre 1894 behandelten Blechschmied. Auch dieser Mann hatte schon durch mehrere Jahre an Lupus erythematosus gelitten und sonst ein ganz besonders blühendes Aussehen dargeboten, als so voluminöse, tuberculöse Drüsentumoren sich bei ihm zu entwickeln anfingen, dass er 6 Mal hinter einander operirt werden musste. Trotz dieser vielen Operationen wuchsen doch immer die Drüsen vom Neuen hervor, und er war mit seinen grossen, zum Theil suppurirenden Drüsentumoren in einer kläglichen Verfassung, mager und hektisirend, als ich ihm den Rath gab, nur Bleiwasserumschläge anzuwenden. Unter der Anwendung dieser Umschläge und von Eisenchinin-Wein schwanden die Drüsentumoren beinahe vollständig, während er gleichzeitig nach und nach auch einigermassen sein früheres blühen-

des Aussehen wiedergewann. Von seinem sehr verbreiteten Lupus erythematosus discoides fanden sich noch fortwährend Reste vor, als er zum letzten Male im April 1897 sich in der Poliklinik vorstellte. In dieser Verbindung kann auch an die oben als Fall III unter Lupus erythematosus disseminatus mitgetheilte Krankengeschichte erinnert werden. Es entwickelte sich ja auch bei dieser Patientin während des Verlaufes ihrer Hautkrankheit eine rapid zum Tode führende Tuberculose.

Ausser der oben mitgetheilten, gewiss noch ziemlich kleinen Statistik spricht als ein sehr kräftiges Argument für die Abhängigkeit auch der discoiden Form von der Tuberculose das Factum, dass diese Form, wie wir gesehen haben, sich klinisch mit der disseminaten combinirt und mischt, für welche letztere eben so wenig wie für den Lichen scrofulosorum eine solche Abhängigkeit zweifelhaft ist. Es bilden ja alle diese Formen, wie wir sahen und oben schon bemerkt haben, eine einzige in einander gekettete Reihe, die in ihrer Totalität wie für jedes einzelne Glied unverkennbar auf die bacilläre Infection als ihre Ursache und ihre Quelle hinweist.

Welche Momente es nun sein können, die entscheiden, welche von den beschriebenen Ausschlagsformen in jedem einzelnen Falle, in Folge der bacillären Infection, auf der Haut zum Vorscheine kommen soll, ist eine Frage, die gewiss nicht ganz befriedigend beantwortet werden kann. Dass aber hier sowohl Alter wie Geschlecht eine Rolle spielen, ist augenscheinlich. So kommt das „Eczema scrofulosorum" am häufigsten im Kindesalter vor, und der so nahe mit dieser Form verwandte Lichen scrofulosorum tritt ebenfalls vorzugsweise bei grösseren Kindern und ganz jungen Erwachsenen auf. In den zwanziger Jahren ist er, wie auch Kaposi sagt, schon selten. An den Lichen scrofulosorum schliesst sich dann die oben als Lupus erythematosus disseminatus beschriebene Form, welche, wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, schon in das etwas reifere Alter übergreift, während die discoide Form von Lupus erythematosus ziemlich häufig im reiferen Alter und nicht selten noch etwas später vorkommt. Dass die letzt-

genannte Form im Kindesalter auftritt, wird dagegen als eine Seltenheit betrachtet, und es ist vielleicht auch mehr ein Zufall, dass unter den oben aufgeführten 36 Kranken sich 3 Kinder befinden. Bei einem derselben, Nr. 7, einem der schwersten Fälle, die ich von der discoiden Form gesehen habe, ist die Krankheit sogar sehr früh, im 5. Lebensjahre aufgetreten. Andererseits sehen wir, dass diese Form in 4 Fällen erst zwischen 50 und 56 Jahren aufgetreten ist. Der älteste beobachtete Mann war 64 Jahre alt.

Auch das Geschlecht übt, wie gesagt, offenbar einen bestimmenden Einfluss mit Rücksicht auf die Form des Exanthems. Alle Formen von Lupus erythematosus, auch die von mir sogenannte disseminate Form („Folliclis"), sind nämlich viel häufiger bei Frauen wie bei Männern. Dagegen scheinen Lichen scrofulosorum und vielleicht auch das damit nahe verwandte „Eczema scrofulosorum" häufiger bei Knaben und jungen Männern als bei Mädchen vorzukommen.

Einige derjenigen Argumente, die früher ganz besonders gegen einen ätiologischen Zusammenhang zwischen dem Lupus erythematosus und der Tuberculose angeführt worden sind, fallen, wenn wir den Lupus erythematosus als eine Toxidermie auffassen, ganz weg. Dass man keine Bacillen im kranken Hautgewebe findet und keine positiven Resultate nach Inoculationsversuchen an Thieren erhält, ist dann sehr begreiflich. Auch die Versuche mit Tuberculineinspritzungen bei Kranken, die an Lupus erythematosus leiden, wobei man doch in nicht wenigen Fällen eine gewisse Reaction erhalten hat, sprechen eher für wie gegen die genannte ätiologische Relation, obschon diese Versuche hier nicht von wesentlicher Bedeutung sein können.

Gelangt man aber auf dem Wege der klinischen Beobachtung, wie wir oben gesehen haben, zu dem Resultat, dass ein Verhältniss zwischen der Tuberculose und den hier behandelten Ausschlagsformen nothwendigerweise bestehen muss, so ist es doch, könnte man einwenden, nicht nothwendig, dass dieses Verhältniss ein directes sei. Die Tuberculose könnte z. B. nur ein disponirendes Moment darstellen, das den Boden für eine andere Infection vorbereitete. Und in der

That sind auch viele in der letzten Zeit geneigt gewesen, speciell den Lupus erythematosus als eine selbständige specifische Infectionskrankheit aufzufassen, obschon man bisher nicht im Stande war, eine Mikrobe nachzuweisen.

Es scheint doch in der That ganz unnöthig, eine solche Hypothese aufzustellen und eine andere Infection zu verlangen, wenn schon die tuberculöse da ist, die, soweit ich sehe, vollständig ausreicht, um die Symptome sowohl des Lupus erythematosus wie diejenige der übrigen hier behandelten Exantheme zu erklären.

Schon als ich seinerzeit mit Rücksicht auf die Lepra die Auffassung geltend machte, dass die Localisation der bei der makulo-anästhetischen Form symmetrisch auftretenden Flecken durch eine Einwirkung auf die Centren der Hautvasomotoren und möglicherweise auch auf die vasomotorischen Centren der peripheren Nerven hervorgerufen sein könnte,[1]) schon damals schien mir eine ähnliche Auffassung auch für den Lupus erythematosus sehr plausibel, und diese Auffassung erhielt ganz natürlich neue Nahrung, als ich im Jahre 1886 die oben erwähnten plötzlichen, streng symmetrischen Ausbrüche von einem Lupus erythematosus bei dem wegen seiner tuberculösen Drüsentumoren mit Sulphidum calcicum behandelten Kranken sah (die erste Krankengeschichte dieses Aufsatzes). Es lag ja hier, wie oben entwickelt, so sehr nahe, sich die Hautkrankheit durch eine Einwirkung der in Circulation gesetzten bacillären Toxine auf die vasomotorischen Centren veranlasst zu denken. Denn dass jedenfalls eine so streng symmetrische Localisation wie diejenige, die man namentlich bei den sehr begrenzten Fällen von Lupus erythematosus discoides sieht, von einem Nerven-Centrum aus bestimmt sein muss, darüber kann ja kaum irgend ein Zweifel herrschen, und dass speciell die Vasomotoren bei jeder acuten Eruption der Krankheit eine hervorragende Rolle spielen, ist ja ebenfalls augenscheinlich. Es war also die directe klinische Beobachtung, die mich seinerzeit veranlasste, die erwähnte Hypothese aufzustellen.

Es wäre aber sehr interessant, wenn die Gelegenheit sich darböte, auch hier wie bei der maculo-anästhetischen Lepra die

---

[1]) Tidsskrift for praktisk Medicin. 1883, pag. 278.

zu den Flecken verlaufenden Nervenzweige, wie auch Jamieson es auf dem Wiener Congresse angedeutet hat, zu untersuchen. Schon die oft recht auffallende Hyperalgesie der Flecke bei Lupus erythematosus konnte ja auf ein specielles Leiden der Hautnerven deuten. Dass ausserdem die tuberculösen Toxine überhaupt periphere Neuriten veranlassen können, ist ja schon längst eine bekannte Thatsache, und die Symptome, die in der ersten hier mitgetheilten Krankengeschichte das „Erysipelas perstans" im linken Arm begleiteten, können ja auch schwierig anders als durch das Vorhandensein einer Neuritis erklärt werden. Es waren ja, ausser den vasomotorischen Störungen, sowohl Schmerzen wie Parästhesien und herabgesetzte motorische Kraft vorhanden. — Die stark in die Augen tretende, dauerhafte, vasomotorische Lähmung bei der sogenannten „Erysipelas perstans", Kaposi, habe ich schon in meiner Arbeit vom Jahre 1880 wiederholt hervorgehoben.

Jedenfalls ist es, meiner Meinung nach, ganz unmöglich, darüber hinwegzukommen, dass gewisse Nervencentren für die Localisation der symmetrisch auftretenden Flecke des Lupus erythematosus discoides die bestimmenden sein müssen, und dass es eben die tuberculösen Toxine sind, die diese Centren afficiren, dafür glaube ich im oben Angeführten gute Gründe vorgeführt zu haben.

Wie aus den oben mitgetheilten Krankengeschichten hervorgeht, gilt es für alle die hier behandelten Exantheme, Lupus erythematosus discoides und disseminatus, Lichen scrofulosorum und Eczema scrofulosorum, dass sie durchgehends im hohen Grade symmetrisch auftreten, und sie sind somit gewiss nicht nur ätiologisch, sondern auch pathogenetisch zur selben Kategorie hinzuführen. Mit anderen Worten, sie sind sämmtlich, aller Wahrscheinlichkeit nach, als Toxidermien aufzufassen, die durch die Einwirkung der tuberculösen Toxine auf gewisse Nerven-Centren eingeleitet sind.

Schliesslich muss hinzugefügt werden, dass es einige Hautaffectionen gibt, von welchen es zweifelhaft ist, ob sie zu

der hier behandelten Gruppe von Exanthemen hinzuzählen sind oder nicht. Dies gilt z. B.:

Lupus pernio, Besnier, welcher von Besnier selbst als eine Varietät von Lupus erythematosus angesehen wird, die nicht selten zur Necrose und Ulceration Veranlassung gibt. Andere fassen diese Form als eine wahre Hauttuberculose auf, was doch kaum richtig ist.

Erythema induratum, Bazin, das ganz sicher auf Tuberculose beim betreffenden Kranken beruht und namentlich mit den bekannten grossen, tief infiltrirten, bläulich-rothen Plaques auf den Waden auftritt. Auch diese Affection kann zu Ulcerationen führen. Oft ist sie nicht symmetrisch in ihrem Auftreten.

Für gewisse andere ulcerative Formen, die ebenfalls in der Regel an den Unterschenkeln auftreten, und ohne Zweifel auf Tuberculose beruhen, ist die Pathogenese derselben noch nicht hinlänglich klargestellt.

Gangraena cachectica infantum, Oscar Simon, „Ecthyma térébrant de l'enfance" der französischen Autoren, sollte, meiner Meinung nach, auch hier erwähnt werden. Ungefähr alle Fälle dieser Krankheit, die ich gesehen habe, sind früher oder später zu Grunde gegangen, und zwar meistens an Tuberculose. Man erinnert auch, wie oft diese Patienten an phlyktänulären Keratiten leiden. Es ist nur die Frage, welche Rolle die Tuberculose hier spielt, eine ausschliesslich prädisponirende oder eine mehr directe.

Die Fälle der Akne cachecticorum, Hebra, die auf Tuberculose beruhen, gehören gewiss unter die oben behandelte Gruppe, indem die meisten dieser Fälle, wie ich glaube, nekrotisirende und pustulöse Formen der oben als Lupus erythematosus disseminatus beschriebenen Affection darstellen.

Die oben erwähnte Akne scrofulosorum in infants von Radcliffe Crocker und Colcott Fox gehört ebenfalls ganz sicher zu den „Exanthemen der Tuberculose".

Um das Verhältniss zwischen der Tuberculose und der Pityriasis rubra, Hebra, auf welches namentlich die Untersuchungen Jadassohn's die Aufmerksamkeit gelenkt haben, näher zu beleuchten, müssen noch weitere Beiträge gesammelt

werden. Als ein „Exanthem der Tuberculose“ im selben Sinne, wie dieser Ausdruck für die oben besprochene Gruppe von Hautaffectionen angewendet worden ist, wird doch diese grosse Dermatose kaum jemals aufgefasst werden können. Der pathogenetische Process muss wohl jedenfalls für die Pityriasis rubra ein anderer sein.

Als prämonitorische Zustände haben „die Exantheme der Tuberculose“ grosse Bedeutung. Einige derselben sind gewiss seltene Erscheinungen, aber andere wieder sind so häufig, dass sie, wie oben erwähnt, in der täglichen Praxis eines jeden Arztes vorkommen. Diese letzteren leichten Formen sind von allen sehr gut gekannt, aber nur von äusserst wenigen, ihrer Bedeutung nach, verstanden. Dies muss anders werden. Denn es mag wohl sein, dass es den meisten dieser Kranken gut gehen kann, jedenfalls vorläufig. Aber ein Theil derselben tritt weiterhin, oft viele Jahre später, in die unglückliche Schaar der Phthisiker hinüber, und es ist nicht zweifelhaft, dass einem grossen Theil dieser kläglichen Ausgänge vorgebeugt werden könnte, wenn die Aufmerksamkeit frühzeitig genug auf das constitutionelle Leiden ernstlich hingeleitet worden wäre.

Aus der k. k. dermatolog. Universitätsklinik des Prof. F. J. Pick in Prag.

Ueber die therapeutische Verwendung des Tuberculin-R.

Von

Dr. med. **Adam Scheuber,**
II. Assistent der Klinik.

(Hierzu Tabellen V—VIII.)

(Schluss.)

Fall XVI. K. A., 20 a. n., ledige Arbeiterin aus Nevalic.

Diagnose: Lupus vulgaris faciei.

Anamnese: Vater und eine Schwester starben an Lungenschwindsucht. Beginn des Leidens im Mai 1895. Patientin, früher nie krank gewesen, hustet nicht und schwitzt nicht bei Nacht. In den letzten zwei Jahren wiederholter Spitalsaufenthalt und operative Entfernung der Krankheitsherde. Das augenblickliche Recidiv trat im Februar 1897 auf.

Befund bei der Aufnahme am 28./IV. 1897:

Patientin mittelgross, gut genährt. Auf der rechten Wange eine 2 Cm. lange und fast ebenso breite Narbe von dreieckiger Gestalt, gestricktem Aussehen und weisser Farbe, in unmittelbarer Nähe derselben eine zweite kleinere Narbe, beide ohne Knötchen. Auf der linken Wange eine unregelmässig gestaltete Narbe von weisslicher Färbung mit vereinzelten eingestreuten Knötchen.

Beide Nasenflügel leicht narbig verändert, namentlich rechts, wo eine circa 1 Cm. lange Narbe sichtbar ist. Innerhalb der narbig atrophischen Nasenflügelpartie zahlreiche Knötchen. Die Schleimhaut beider Nasenöffnungen geschwellt, reichliche, das Athmen erschwerende Krustenauflagerungen. Keine Perforation des Septums. Mund- und Rachenschleimhaut normal. Submaxillare Drüsen rechts mässig vergrössert.

Lungenbefund: Rechts hinten oben leichte Dämpfung, abgeschwächtes Athmen, vereinzelte Rasselgeräusche.

Körpergewicht 55 Kilo 50 Deka.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Am 1./V. wurden die lupösen Herde mit dem Thermocauter verschorft und mit Kali causticum ausgeätzt.

Decursus:

Die Injectionen wurden am 23./V. mit einer Dosis von 0·0001 begonnen und fanden am 23./VIII. mit einer Dosis von 0·02 ihren Abschluss. Patientin erhielt im Ganzen 26 Injectionen. Erste erhebliche Temperatursteigerung erfolgte am 13./VI., ohne dass Patientin an diesem Tage eine Injection erhalten hatte. Die letzte Injection hatte Patientin zehn Tage vorher erhalten. Es trat damals gleichzeitig eine erysipelartige Anschwellung des Gesichtes, hauptsächlich der Wangen auf. Dieselbe verschwand am 14./VI. gegen Abend.

Die erste Temperatursteigerung (38·7) im Anschlusse an eine Injection erfolgte am 18./VI. nach einer Dosis von 0·0007. Gleichzeitig bestand Schüttelfrost. Die höchste Temperatur trat nach einer Injection von 0·004 am 14./VII. ein.

An den Injectionsstellen häufig Reactionserscheinungen.

Da die lupösen Herde vordem entfernt worden waren, kann von einer Reaction an denselben keine Rede sein, wohl aber wurde mitunter eine geringe Röthung der Narben beobachtet. Körpergewicht bei der Entlassung 56 Kilo.

Epikrise: Die Injectionen wurden von der Patientin verhältnissmässig gut vertragen. Als Patientin entlassen wurde, war nur eine glatte Narbe an der Stelle der früheren lupösen Herde sichtbar. Da Patientin sich seitdem nicht vorstellte, fehlt uns ein Urtheil über die Immunisirung.

Wir kommen nunmehr auf die beiden ambulatorisch behandelten Frauen zu sprechen.

Fall XVII. D. J., 49 a. n. Fuhrmannsgattin aus Smichow.

Diagnose: Lupus vulgaris malae sinist.

Vor 15 Jahren traten die ersten Erscheinungen ihrer Erkrankung auf der linken Wange auf.

Am 12./IV. wurde der Herd vollständig verschorft und die Injectionstherapie nur vorgenommen, um Patientin zu immunisiren.

Die Injectionen wurden von der kräftigen, robusten Person, die an keiner Lungenaffection litt, gut vertragen. Sie klagte nur mitunter über Schmerzen an den Injectionsstellen, nie über Husten oder Brustschmerzen, doch beobachtete sie im Verlaufe der Injectionen dreimal das Auftreten von Kälte- und Hitzegefühl während der Nacht.

In der Zeit vom 14./IV.—23./VII. erreichte Patientin die Dosis von 0·021, begonnen wurde mit 0·000002.

Eine Temperaturtabelle konnte leider nicht angelegt werden, da Patientin das Ablesen des Thermometers zu erlernen nicht im Stande war.

Im Laufe der Injectionstherapie überhäutete sich der durch die Operation gesetzte Substanzverlust; es bildete sich eine 4 Cm. lange und 2—3 Cm. breite Narbe. Innerhalb derselben kam es bereits Anfang

October zur Bildung eines neuen Knötchens und Anfang December waren deren schon mehrere nachweisbar.

Epikrise: Im vorliegenden Falle ist mithin selbst nach einer Injectionstherapie bis zur Dosis von 0·021 keine Immunisirung erzielt worden.

Der zweite ambulatorisch behandelte Fall (XVIII) betrifft eine 26 a. n. Tischlerstochter M. M. aus Žižkow.

Diagnose: Tuberculosis cut. verucosa digiti primi sinistri.

Anamnese: In der Jugend Blattern; im 15. Lebensjahre Vergrösserung der rechtsseitigen Unterkieferdrüsen. Beginn der jetzigen Affection vor ungefähr 1½ Jahren unter Bildung von Knötchen, die confluirten und vereiterten. Patientin hustet nicht, schwitzt nicht bei Nacht. Vater Hämoptoe gehabt. Zwei Geschwister starben an Lungentuberculose.

Status präsens am 19./V.

Mittelgross, gracil gebaut, gut genährt. Ueber dem linken Daumen, und zwar über dem Capitulum des Metacarpus I, ein über das Niveau stark erhabener, zerklüfteter, rothbrauner Herd, in einer Ausdehnung von 3 Cm. Länge und 2 Cm. Breite.

Die Injectionstherapie wurde am 25./V. mit einer Dosis von 0·0001 begonnen und am 23./VIII. mit einer Dosis von 0·02 beendet. Zahl der Injectionen: 30.

Die eigenen Temperaturmessungen der Patientin waren so ungenau, dass auf dieselben weiter kein Gewicht gelegt werden konnte.

Im Laufe der Behandlung kam es zu einer Abflachung des Herdes am Daumen, doch trat keine Heilung des Processes ein.

Fall XIX. C. H., 18 a. n. Taglöhner aus Münchengrätz.

Diagnose: Lupus serpiginosus faciei et manus dextri. Lichen scrophulosorum.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Die Affection im Gesichte begann angeblich im 2. Lebensjahre, die am Halse besteht seit 8 Jahren, die an der rechten oberen Extremität seit dem 2. Lebensjahre. Die Anschwellung in der Gegend des rechten Malleolus int. seit circa 6 Jahren, eine ähnliche soll am linken Malleolus internus bestanden haben und ungefähr nach einem halben Jahre zurückgegangen sein.

Befund bei der Aufnahme am 9./III. 1897:

Patient ist klein von Wuchs, mässig entwickelte Musculatur und Panniculus adiposus.

Die Haut des Gesichtes über beiden margo supraorbitales, im Bereiche der ganzen Nase, der linken Wange, des unteren Theiles der rechten Wange, der beiden seitlichen Halspartien bis zum processus mastoideus in eine theils infiltrirte, theils atrophische Narbe umgewandelt.

Dieselbe ist an der Schläfengegend weiss, am Halse dunkel pigmentirt und gestrickt, an den übrigen Partien blassroth gefärbt, von erweiterten Gefässen durchzogen. Innerhalb dieser Narbe zahlreiche, stellenweise von geschichteten Borkenmassen bedeckte Infiltrate und leicht schuppende Knötchen, letztere namentlich in der Peripherie am deutlichsten. Rechtsseitiges Caput opstipum. Die Oberlippe von starken Rhagaden durchzogen, livid verfärbt, infiltrirt, stellenweise gelbliche Krustenauflagerungen. Behinderung der Oeffnung der Mundspalte in Folge der narbigen Veränderung der Umgebung. Der knorpelige Nasenantheil grösstentheils fehlend, die Nasenöffnungen durch gelbliche, schmierige Borkenmassen verlegt. Linke Ohrmuschel nur in Resten vorhanden, weist narbige Verwachsungen mit dem Hinterhaupte auf. Lichen scrophulosorum des Stammes.

Dorsum der rechten Hand narbig verändert, mit eingestreuten, braunrothen Knötchen und von gelblichen Borken bedeckt. Infiltrat von Guldengrösse an der Grundphalange des kleinen Fingers. Die Affection hat auch die dorsalen Antheile der Finger ergriffen. Am linken Vorderarme auf der Streckseite desselben eine bläuliche, strahlige, oberflächliche Hautnarbe.

Lungenbefund: Ueber dem rechten Ang. scapul. Dämpfung, abgeschwächtes Athmen und abgeschwächter Stimmfremitus bis in die hintere Axillarlinie. Ueber beiden Spitzen bronchiales Exspirium.

Gewicht: 41 Kilo. Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Decursus:

Die Injectionen begannen am 10./IV. mit einer Dosis von 0·000002 und endeten am 20./VIII. mit einer Dosis von 0·020. Patient erhielt im Ganzen 44 Injectionen.

Die erste Temperatursteigerung (38·1) trat am 23./IV. nach einer Dosis von 0·00004 auf. Die höchste Temperatur (40·7) erfolgte am 11./V. nach einer Dosis von 0·001. Schüttelfrost am 20./V. und 14./VII.

An den Injectionsstellen traten beinahe constant Röthungen, Schwellungen und Schmerzhaftigkeit auf.

Da im vorliegenden Falle häufige Allgemeinerscheinungen gleichzeitig mit den localen auftreten, so will ich, um ein einheitliches Krankheitsbild zu geben, dieselben gleichzeitig schildern.

24./IV. Erste Reactionserscheinung an den Herden, bestehend in Röthung. Stippchenförmiges, an die Haarfollikel gebundenes Exanthem, besonders am Stamme.

5./V. Röthung der Lichenknötchen des Stammes.

6./V. Starke Röthung der Gesichtsherde, die von einem hellrothen Saume umgeben sind. Kältegefühl.

8./V. Röthung der Gesichtsherde.

10./V. Kältegefühl. Braunrothe Verfärbung der circumscripten Herde, die einige Stunden später einer auffallenden Blässe wich.

11./V. Gesichtsherd geröthet, stark schuppend. Uebelkeit, Erbrechen, Apathie.

14. V. Herde stark dunkelroth von Entzündungshof umgeben. Stomatitis.

15./V. Lichen scrophulosorum stark schuppend.

20./V. Kopfschmerzen, Erbrechen, Schüttelfrost, Apathie, starke Dyspnoe. Herde cyanotisch. Herpes labialis.

Lungenbefund: R. H. O. bronchiales Exspirium; r. h. in der Höhe des VIII. Domfortsatzes, drei Finger breit unter dem Angulus scapulae, am Schlusse der Inspiration feines Knisterrasseln, ebenso vorne im 4. Intercostalraume. Vermehrung der Dämpfung nicht nachweisbar.

22./V. Dyspnoe geringer geworden, Auftreten von feinblasigem Rasseln auf der ganzen rechten Lunge.

24./V. L. H. O. Bronchiales Exspirium. R. H. rauhes Exspirium mit sehr geringen Rasselgeräuschen. Vorne nur noch stellenweise feinstes Knisterrasseln.

25./V. Hinten über beiden Lungen keine Rasselgeräusche mehr. Ueber beiden Spitzen bronchiales Athmen.

26./V. Bronchialathmen wie früher, sonst normaler Befund.

Bis auf leichte Röthungen im Bereiche der Gesichtsherde waren im Anschlusse an die weiteren Injectionen keine nennenswerthen Reactionserscheinungen zu beobachten.

Der Befund bei der Entlassung am 25./VIII. 1897 war folgender:

Gewichtszunahme um 1 $^1/_2$ Kilo. Rückbildung der Infiltrate, hauptsächlich der Randpartien, frische Ueberhäutung derselben, Epithel glatt, feingefältelt, schuppend. Geringe Abblassung der Narben, die ein mehr weissliches Colorit angenommen haben.

Caput obstipum in Folge Geschmeidigerwerden der Narbe zurückgegangen. Keine Eruption von neuen Knötchen. Vernarbung der Concha und geringere Infiltration derselben. Die Lippen zeigen annähernd normale Configuration, Infiltration und Rhagadenbildung vollständig geschwunden. Die Haut des Lippenrothes, wie der angrenzenden Partien in feinste radiäre Fältchen gelegt. In Folge des Rückganges der entzündlichen Infiltrationen gelingt es, die Zahnreihe auf 5 Cm. von einander zu entfernen. Drüsen am Halse haselnussgross. An der rechten Hand Ueberhäutung der Infiltrate und theilweise Rückbildung derselben.

Am Dorsum der Hand finden sich noch immer typische, wenn auch abgeflachte Lupusknötchen. Narbe geschmeidiger geworden.

Lungenbefund: Wie bei der Aufnahme.

Am 20. Dec. stellte Pat. sich mit einem das ganze Gesicht einnehmenden Recidiv wiederum vor.

Epikrise: Patient vertrug die Injectionen während der Zeit vom 6. bis 20. Mai vielleicht in Folge von zu rascher Steigerung der Dosis so schlecht, dass wir nach Ablauf der damals auftretenden stürmischen Lungenerscheinungen uns veranlasst sahen, auf jene Dosis, die er vordem

gut vertragen hatte, zurückzugehen, alsdann verlief die weitere Injectionstherapie fast ohne höhere Temperatursteigerungen.

Was das Ergebniss der Behandlung anbetrifft, so haben wir zwar Besserung, doch keine Heilung zu verzeichnen; auch Immunisirung war nicht erzielt worden.

Fall XX. F. W., 16 a. n. beschäftigungslos aus Kruschowitz.

Diagnose: Lupus vulgaris nasi exulcerans et mucosae palati mollis et pharyngis.

Anamnese: Eine 13jährige Schwester starb an Hämoptoe. Affection an der Nase seit 2½ Jahren, an der linken Oberlippe seit 1 Jahre; Trockenheit des Rachens gleichfalls seit einem Jahre. Patient hustet nicht und schwitzt nicht bei Nacht.

Befund bei der Aufnahme am 19./I. 1897:

Patient ist klein von Wuchs, mässig guter Musculatur, geringem Panniculus adiposus. Lichen scrophulosorum des Stammes. Die Nase erinnert an einen Papageienschnabel, die unteren Ränder der Nasenflügel und das häutige Septum fehlen; die Reste der Nasenflügel sind geröthet, infiltrirt, theils mit weisslichen lamellösen Schuppen, theils mit schmutzig belegten, wuchernden Granulationen bedeckt; an der Aussenfläche vereinzelte erhabene Knötchen sichtbar. An der Uebergangsstelle des linken Nasenflügels in die Wange ein ziemlich tiefgreifender Substanzverlust der leicht blutet und stellenweise von blutigen Borkenmassen bedeckt ist; an der entsprechenden rechten Seite gleichfalls mächtige Borkenauflagerungen. Die Oberlippe besonders in ihrer linken Hälfte verdickt, geröthet, infiltrirt; im centralen Theile weissliche Schuppen, an der Peripherie stecknadelkopfgrosse, braunrothe Knötchen. Etwa 3 Cm. vom Mundwinkel entfernt findet sich auf der rechten Wange ein circa 1½ Cm. langer und ¾ Cm. breiter gerötheter Erkrankungsherd, in dessen Mitte ein seichter, von einem weissen Schuppenfransenraum umgebener Substanzverlust sichtbar ist. Die Schleimhaut des weichen Gaumens ist uneben, höckerig gewulstet, von zahlreichen, kleinsten Knötchen bedeckt, wie chagrinirt. An Stelle der fehlenden Uvula zwei kleine, zapfenförmige, bei einanderstehende knotige Reste. Gaumenbogen narbig verkürzt, beim Phonieren spitzwinklig gegen den Rest der Uvula zusammentretend.

Lungenbefund: Ueber beiden Lungenspitzen abgeschwächter Percussionsschall und hauchendes Exspirium.

Körpergewicht 45 Kilo.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Aus dem Decursus vor dem Beginn der Versuche mit dem neuen Tuberculin-R will ich nur erwähnen, dass Patient am 25./I. um 7 Uhr Abends eine Injection von 0·005 Gr. des alten Tuberculin erhielt.

Bis 1 Uhr Nachts ungestörter Schlaf, dann plötzlicher Schüttelfrost, Temperaturanstieg bis auf 38·2°, Maximum der Temp. um 5 Uhr Früh 39·9°. Um 7 Uhr Morgens am 26./I. Kopfschmerzen, am Stamme papulöses Erythem. Nase geröthet, geschwollen. Ulcerationen von festhaftendem, grauem Belage bedeckt. Um 2 Uhr Nachm. Temp. 40·2. Keine Lungenerscheinungen.

27./I. Nacht fast schlaflos. Heftige Kopfschmerzen. Erythem nur wenig geschwunden. Ueber der rechten Lunge H. U. spärliche trockene Rasselgeräusche. Temp. um 7 Uhr Morgens 39·0. Schwellung und Röthung der Nase und des weichen Gaumens geringer geworden. Im Harne Spuren von Eiweiss. Temp. um 8 Uhr Abends 37·7.

28./I. Vollkommenes subjectives Wohlbefinden. Erythem abgeblasst, leichte Schuppung. Lungenbefund, wie am Tage vorher. Ferrocyankali-Essigsäure gibt leichte Eiweisstrübung. Belag an der Nase zu Krusten eingetrocknet, der am weichen Gaumen hat sich bis auf die Randpartien abgestossen.

Am 30./I. war das Exanthem vollständig geschwunden.

Am 4./II. wurden die Herde an der linken Wange, Nase und Oberlippe unter Chloroformnarkose kauterisirt.

Die Abstossung des Schorfes, die Ueberhäutung der gesetzten Wunde erfolgte in der normalen Weise per secundam bis zum 16./III. An diesem Tage bemerkte man abermals das Auftreten von vereinzelten Knötchen im Bereiche der frischen Narben, dieselben wurden am 25./III. unter localer Anästhesie mit dem Paquelin verschorft.

Als am 10./IV. die Injectionen begonnen wurden, war der Schorf bereits abgestossen und kräftige Wundgranulationen aufgetreten.

Decursus:

Begonnen wurden die Injectionen am 10. April mit einer Dosis von 0·000002, beendet am 23. August mit einer Dosis von 0·020. Patient erhielt im Ganzen 43 Injectionen.

Die erste erhebliche Temperatursteigerung 39·7 trat am 17./V. nach einer Dosis von 0·006 ein. Die höchste Temperatur 40·1 erreichte Patient am 9./VI. nach einer Injection von 0·008. Schüttelfrost am 5./VII., 9./VII., 14./VII., 6./VIII., 9./VIII. und 13./VIII.

Keine Erscheinungen von Seiten der Lunge.

Die Reactionserscheinungen an den Injectionsstellen waren meistens nicht sehr erheblich, doch kam es drei Mal im Verlaufe der ganzen Injectionszeit zu handtellergrossen, sehr schmerzhaften Anschwellungen.

Geringe Eiweisstrübung am 13./IV, 16./IV., 28./IV., 2./V., 20./V. und 30./VI.

Erscheinungen an den Erkrankungsherden:

24./IV. Einige Gruppen des Lichen scrophulosorum neben der Wirbelsäule traten deutlicher hervor.

11./V. Secretion und Röthung im Bereiche der Herde, Knötchen am Stamme deutlich geröthet. Nasenspitze lebhaft roth von erweiterten Gefässen durchzogen.

12./V. Die gestern gerötheten Partien zeigen heute oberflächliche Abschuppung. Der Herd am Gaumen frisch überhäutet, nur an der Medianlinie noch einzelne Knötchen.

14./V. Starke distincte Röthung der solitären Lichenknötchen am Stamme. Der Herd unterhalb des linken Nasenloches lebhaft geröthet.

17./V. Röthung des Lichen scrophulosorum.

20./V. Röthung des Nasenherdes und der angrenzenden Theile.

31./V. An den Gaumenbögen weisse Narbenstränge sichtbar.

2./VI. Nase leicht geröthet, ebenso am 14./VI.

12./VI. Am linken Nasenflügel zwei frische Knötchen aufgetreten, die confluirt sind und sich immer mehr über die Oberfläche erheben.

18./VI. Neben der Raphe des harten Gaumens vor der vernarbten Schleimhautaffection haben sich drei schmierig belegte, von einem Entzündungshofe umgebene Substanzverluste gebildet, von denen der eine kleinlinsengross, der andere kleinstecknadelkopfgross ist.

1./VII. Die Knötchen am linken Nasenflügel haben sich fast vollständig abgeflacht.

6./VII. Die Substanzverluste am harten und weichen Gaumen feinst vernarbt.

9./VII. Röthung des Gesichtes, besonders der Herde.

14./VII. Röthung der Herde.

6./VIII. Frische Knötchen am Gaumen, ein etwa linsengrosser, seichter Substanzverlust in der Medianlinie.

13./VIII.—23./VIII. Häufige Schüttelfröste und Temperatursteigerungen, keine Reactionen an den Erkrankungsherden.

Als Patient am 29./VIII. entlassen wurde, war der Befund folgender:

Körpergewicht um zwei Kilo gestiegen. Configuration der Nase wie bei der Aufnahme. Die im Aufnahmsstatus erwähnten Knötchen am Nasenflügel haben sich stark zurückgebildet und findet man stellenweise nur umschriebene Flecke, zum Theil noch geringe Infiltrationsreste derselben. Die Infiltration der Oberlippe nur sehr wenig zurückgegangen. Die Ulceration an der Uebergangsstelle des linken Nasenflügels ist seichter geworden, doch noch nicht vollständig epithelisirt, die blutigen Borkenmassen sind geschwunden. Der Substanzverlust auf der rechten Wange hat sich in eine Narbe, die von erweiterten Gefässen durchzogen ist, umgewandelt. Die Knötchen am weichen Gaumen haben sich abgeflacht. Die unter dem 6./VIII. erwähnten Ulcerationen in der Medianlinie des harten Gaumens sind geheilt.

Anfang October stellte Patient sich abermals mit Recidiven im Bereiche des Gesichtes und am harten, sowie weichen Gaumen vor und befindet sich augenblicklich wiederum in klinischer Behandlung.

Epikrise: Im vorliegenden Falle ist es zwar nach einer Injectionstherapie, die gegen drei Monate dauerte und mit der von Koch angegebenen

Maximaldosis ihren Abschluss fand, zu einer wesentlichen Besserung, doch zu keiner Heilung des Processes gekommen, auch die angestrebte Immunisirung war leider nicht eingetreten.

Fall XXI. G. F., 45. a. n., lediger Maschinenschlosser.

Diagnose: Lupus serpiginosus faciei et colli. Epithelioma malae sinistrae.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Hustet nicht, schwitzt nicht bei Nacht. Affection an der Wange besteht seit zwanzig Jahren. Erste Spitalsbehandlung auf der Klinik Hebra. Eintritt des Recidives nach vier Jahren. Sechs Jahre nach dem ersten Auftreten des Lupus auf der Wange Eruption von Knötchen auf der linken Schläfe. P. wurde im Jahre 1891 auf unserer Klinik mit dem alten Tuberculin behandelt. Seit 1892 Mitergriffensein der Nase, des Nackens und des Halses, er bekam Injectionen von Thiosinamin und wurde gebessert entlassen. Im Jahre 1894 Auftreten einer thalergrossen Geschwulst am linken Processus zygomaticus, die operativ entfernt wurde. 1896 wurden dem Patienten an der letzterwähnten Stelle zwei „Horngewächse" exstirpirt.

Befund bei der Aufnahme am 24./III. 1897.

Patient mittelgross, von mässigem Ernährungszustande. Die Haut der linken Gesichtshälfte, Nase mit einbegriffen, die linke Halsseite bis zur Medianlinie eine grosse Narbe, welche dünn, glänzend, feinstfältelbar, unelastisch und spröde ist. Innerhalb dieser narbig veränderten Partie findet man vereinzelte derbere Narbenzüge und grübchenförmige Vertiefungen.

Die Farbe der Narbe ist eine rothe, doch erblickt man auch vereinzelte weisse und pigmentirte Partien.

Derartige Partien sind besonders zahlreich am Cucullarisrande, in der Nachbarschaft des linken Mundwinkels, vor dem linken Ohre, sowie an der rechten Halsseite unterhalb einer weisslichen Narbe vor dem rechten Ohre.

An der rechten Schläfe eine circa kronengrosse vertiefte Narbe mit derben Rändern. Am Rande der linksseitigen Gesichtsnarbe, weniger zahlreich im Bereiche derselben, braunrothe, meist oberflächlich schuppende Knötchen von Hanfkorngrösse. Am Processus zygomaticus eine sternartige, strahlige Narbe, innerhalb derselben Epitheliomperlen.

Hie und da finden sich oberflächlich ulcerirte, rundliche Bezirke, mit höckeriger Oberfläche bedeckt von serösen Borken, unter denen auf Druck seröseitriges Secret hervorquillt.

Lungenbefund: normal.

Im Harne kein Zucker, kein Eiweiss.

Körpergewicht 63·50 Kilo.

Decursus:

Die Injectionen wurden am 10./IV. mit einer Dosis von 0·000002 begonnen und am 16./VIII. mit einer Dosis von 0·02 abgeschlossen. Patient erhielt im Ganzen 40 Injectionen.

Die erste erhebliche Temperatursteigerung 38·6 trat nach einer Dosis von 0·0004 am 6. Mai auf, die höchste Temperatur 40·4 erreichte Patient am 26. Juli nach einer Injection von 0·011. Schüttelfröste am 6./V., 11./V., 17./V., 14./VI., 23./VII., und 26./VII.

Keine Erscheinungen von Seiten der Lungen.

Am 1./V. und 23./V. leichte Eiweisstrübung des Harnes.

An den Injectionsstellen nur geringe, mitunter sogar gar keine Reactionen.

Veränderungen an den Krankheitsherden:

10./IV. Röthung und Schwellung im Bereiche des Gesichtsherdes.

20./IV. Patient klagt über geringe Empfindlichkeit im Bereiche des Herdes an der Nase.

26./IV. Operative Entfernung des Epithelioms am linken Ohre.

8./V. Randröthung der Herde am Halse.

11./V. Starke livide Röthung der Herde am Halse und Hitzegefühl.

14./V. Herde lebhaft geröthet von einem Entzündungshofe umgeben Borken flach und trocken.

17./V. Röthung und Schwellung der Herde am Halse.

4./VI. Herde im Gesichte leicht geröthet.

14./VI. Vorübergehende Röthung der Gesichtsherde.

24./VI. Starke Abflachung der Gesichtsherde bemerkbar, die Knötchen weniger prominent.

26./VI. und 30./VI. Transitorische nur wenige Stunden währende Röthungen der Gesichtsherde.

Da keine wesentlichen Veränderungen im Bereiche der Erkrankungsherde auftraten, wurde am 18./VII. die Paquelinisirung vorgenommen, zwecks Immunisirung wurden die Injectionen bis zur Maximaldosis 0·02 fortgesetzt.

Als Patient am 17./VIII. entlassen wurde, war der Brandschorf zum grössten Theile bereits abgefallen und üppige Granulationen aufgetreten. Nirgends frische Knötchen wahrnehmbar. Körpergewicht 65 Kilo.

Epikrise: Im vorliegenden Falle, wo die lupösen Krankheitsherde inmitten einer alten Narbe lagen, traten nur sehr geringgradige Veränderungen auf, mithin nur Besserung, keine Heilung des Processes zu verzeichnen.

Fall XXII. K. F., 20 a. n., Knecht aus Žižkow.

Diagnose: Lupus vulgaris serpiginosus.

Anamnese: Ein Bruder des Patienten, der an einer gleichen Krankheit litt, starb im achten Lebensjahre. Vor 14 Jahren machte

Patient die Blattern durch, kurze Zeit darnach begann sein gegenwärtiges Leiden, gleichzeitig am linken Handgelenke und linken Daumen, dem rechten Knie, beiderseits ad nates und an der linken Tibia.

Befund bei der Aufnahme am 22./II. 1897:

Patient kräftig gebaut, gut genährt. Maculae corneae sinist. Lichen scrophulosorum des Stammes.

Im unteren Drittel des linken Vorderarmes eine blasse Narbe, deren untere Hälfte von einem 1½—3 Cm. breiten, lividrothen, stark infiltrirten Saume umgeben ist, derselbe theils leicht schuppend, theils von bräunlichen Krusten bedeckt; im Bereiche des Handgelenkes bilden diese Krusten dicke warzenähnliche Auflagerungen. Die obere Begrenzung dieser Narbe ist weniger scharf und besteht aus derben, braunrothen, nicht sehr dicht stehenden Knötchen.

Die Haut des rechten Kniegelenkes einige Centimeter auf den Ober- und Unterschenkel übergreifend, ist bis auf einen medianen Streifen an der Beugeseite, der von der Affection verschont geblieben ist, in lividrothverfärbtes Narbengewebe umgewandelt. Reichlicher Borkenbelag, nach Entfernung desselben seichte Substanzverluste, eingestreute hellrothe Knötchen.

Aehnlich beschaffene Narben an der Vorderfläche der Tibia nur von geringerer Ausdehnung.

Die Haut des linken Schenkeldreieckes gleichfalls narbig verändert, in den Randpartien noch zahlreiche braunrothe Knötchen. Ad nates beiderseits die Haut narbig verändert, innerhalb der leicht gerötheten Narben zahlreiche das Hautniveau überragende Infiltrate, von denen die grössten Kreuzergrösse besitzen.

Lungenbefund: normal.

Körpergewicht 59·5 Kilo.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Decursus:

Begonnen wurden die Injectionen am 10. April mit einer Dosis von 0·000002, beendet am 4. Juni mit einer Dosis von 0·009. Patient erhielt im Ganzen 25 Injectionen.

Wie aus der Temperaturtabelle ersichtlich, traten bei demselben erst an dem der Injection folgenden Tage, wenn auch leichte Schwankungen in der Temperatur auf. Die höchste Temperatursteigerung 39·6 bei gleichzeitigem Schüttelfrost erfolgte nach einer Injection von 0·006 am 17. Mai und hatte Patient am nächstfolgenden Tage um 12 Uhr Mittags noch einen Temperaturanstieg auf 38·6, sonst trat nie eine Steigerung über 38·0 ein und war sein Temperaturmaximum meist unter 37·6.

Von Seiten der Lunge traten keine Erscheinungen auf. Am 27./IV. war geringe Eiweisstrübung des Harnes vorhanden.

Die objectiven Reactionserscheinungen an den Injectionsstellen waren meist sehr unbedeutend, doch klagte Patient häufig über grosse Schmerzhaftigkeit an denselben.

Was die Erscheinungen an den Krankheitsherden und der allgemeinen Hautdecke anbetrifft, so war am 17./IV. eine Abflachung der Randinfiltrate zu constatiren, ohne dass irgend welche locale Reactionserscheinungen aufgetreten wären.

Am 27./IV. wurde zum ersten Male eine lebhafte livide Röthung der Randinfiltrate beobachtet.

Am 4./V. war die Abflachung der Randinfiltrate bei gleichzeitiger Schuppenbildung bereits sehr ausgesprochen.

Am 7./V. umgab ein rother Saum die Herde am Unterarme.

Am 8./V. Röthung einzelner Herde am Knie und am Gesässe; die Armherde reactionslos.

Am 12./V. keine Reactionserscheinungen an den Herden, doch Einsinken des früher wallartigen Randes des Vorderarmherdes. Starke Schuppung und Abflachung besonders am Gesässe.

14./V. Die Randpartien der Armherde, die bereits bandartig abgeflacht waren, stark geröthet, rothgesäumt, succulent.

15./V. Röthung der Armherde noch ausgesprochener, der Entzündungssaum 1 Cm. breit. Der Knieherd tiefroth, die Herde ad nates gleichfalls stark hyperämisch. Um 4 Uhr Nachmittags trat ein Erythem an der vorderen Thoraxpartie und am Abdomen auf.

16./V. Erythem und rother Saum geschwunden, an Stelle des letzteren beginnende Abschilferung.

18./V. In der Nacht Kältegefühl und Kopfschmerzen, in den Morgenstunden ausgebreitetes Erythem am Stamme. Schwellung aller Herde, die von einem rothen Entzündungshofe umgeben sind.

Die locale Reaction, wie auch das Erythem schwanden erst am Abend des 21./V.

23./V. Abermaliges Auftreten des Erythemes, doch bedeutend geringer, beinahe gar keine Reactionserscheinungen von Seiten der Herde.

4./VI. Geringe Röthung der Randpartien des Armherdes.

Abgangsstatus vom 8./VI. 1897:

Die Knötchen am Stamme abgeflacht, stellenweise noch leicht geröthet und oberflächlich schuppend.

Die Randpartien des linken Vorderarmherdes bedeutend abgeflacht, überragen in der distalen Hälfte nur sehr wenig das Hautniveau, während sie am proximalen Ende ohne scharfe Grenze in die umgebende Haut übergehen, doch findet man in der letzterwähnten Partie noch einzelne braunrothe, oberflächlich schuppende Infiltrate und Knötchen, die mit ihrer Kuppe hervorragen. Im distalen Theile des linken Vorderarmes noch leichte livide Verfärbung der Haut, geringes Infiltrat und festhaftender Schuppenbelag.

Ad nates die narbigen Partien unverändert, doch haben sich die Infiltrate namentlich links stark zurückgebildet, sie erreichen nur noch Linsen- bis Bohnengrösse, und überragen nur in ihren Randpartien stellenweise das Hautniveau.

Narben an der Innenfläche des linken Oberschenkels und an der Tibra unverändert. Körpergewicht 58 Kilo.

Patient wurde auf eigenes Verlangen entlassen und ihm die weitere ambulatorische Behandlung angerathen, doch entzog er sich leider unserer weiteren Beobachtung.

Epikrise: Patient vertrug die Injectionen verhältnissmässig gut, Besserung doch keine Heilung des Processes. Doch ist dieser Fall für weitere Schlussfolgerung von untergeordneter Bedeutung, da Patient nur bis zur Dosis 0·009 kam, anderseits der weitere Verlauf nicht beobachtet werden konnte, sodass über etwaige Immunisirung vor der Hand nicht berichtet werden kann.

Fall XXIII. S. A., 14½ a. n. Taglöhnerssohn.

Diagnose: Lupus vulgaris faciei. Scrophuloderma. Cicatrices post Scrophuloderma et post Osteomyelitidem.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Beginn der Erkrankung im 10. Lebensjahre unter Bildung von nussgrossen Knoten in der Gegend beider Unterkieferwinkel und links vor dem Ohre. Ein halbes Jahr darauf Ausbreitung auf die Nase. Aufsuchen der Klinik Janowsky, daselbst 10 Wochen Aufenthalt. Ein Jahr später 8 Wochen. Während der Zwischenzeit (1895) lag Patient wegen seiner Handaffection auf unserer Klinik. Im Jahre 1896 48 Wochen auf der Klinik Wölffler wegen Affection am linken Unterschenkel. Seit 14 Tagen Anschwellung an der rechten Wange, seit einer Woche an der linken Halsseite.

Befund bei der Aufnahme am 7. April 1897:

Patient für sein Alter klein, schwach gebaut, schlecht genährt. Die Affection localisirt sich:

a) an der Nase. Der knorpelige Antheil des Nasenrückens ist zerstört, die Nasenflügel nur in Resten an den Wangenansatzstellen vorhanden. Das häutige und knorpelige Septum fehlen vollständig. An der oberen Umrandung dieses Defectes schlaffe, grau-röthliche, knopfförmige Granulationen, theilweise von honiggelben Krusten bedeckt. Nach oben Ausdehnung des Processes bis zum Uebergange des knöchernen in den knorpeligen Nasenantheil nach links ein Ausläufer zum inneren Augenwinkel, der sich als eine geröthete, mit schmutziggelben Borken und Krusten bedeckte, theilweise oberflächlich schuppende Hautpartie mit zahlreichen, eingestreuten, dunkelbraunrothen Knötchen präsentirt. Gelblich-grüner Eiter nach Abhebung der Krusten. Der Naseneingang ein fast kreisrundes Loch, durch das man nach rückwärts in die durch Granulationswucherung schlitzförmig verengten Nasengänge hineinsehen kann. Schleimhaut derselben missfarbig belegt, mit schlaffen Granulationen. Die untere Umrandung der Nase ein bläulich-rother,

mässig infiltrirter, oberflächlich glänzender Wall, der sich auf die Oberlippe fortsetzt;

b) an der Wange und dem Kinn.

Rechts an der Wange, in der Verlängerung der Nasolabialfurche, ein 4 Cm. langer, 1½ Cm. breiter, deutlich fluctuirender Knoten von verdünnter, lividrother Haut bedeckt. Am Unterkieferwinkel beginnend, sich bis zum Kinn hin fortsetzend, eine im medianen Antheile keloidartige Narbe, die am Unterkiefer selbst von Krusten bedeckte, exulcerirte Infiltrate und Knötchen aufweist. Unterhalb derselben, über dem Sternocleidomastoideus ein Drüsenabscess.

c) Vor und unter dem linken Ohre eine der rechten Seite analoge Narbe mit eingesprengten Knötchen und exulcerirten Infiltrationen; ein Theil des Ohrläppchens ist der Ulceration zum Opfer gefallen. Die Hals- und Unterkieferdrüsen vergrössert, derb.

d) An der ulnaren Seite des linken Antithenars eine guldengrosse, über den Knochen verschiebbare Narbe, die central eine Kruste trägt, unter der bei Druck grünlicher Eiter sich entleert.

e) Das Knie durch Flüssigkeitserguss vergrössert; die Patella schwappend. Fistelöffnungen zu beiden Seiten der letzteren, durch die gelbgrüner Eiter sich entleert und beim Sondiren rauher Krusten nachweisbar ist.

f) Lichen scrophulosorum des Stammes.

g) An der Schleimhaut des weichen Gaumens, besonders rechts, kleinste, dicht bei einander stehende, glänzende Knötchen, die der Oberfläche ein chagrinirtes Aussehen verleihen.

Lungenbefund: R. h. oben leichte Dämpfung und hauchendes Exspirium.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Körpergewicht 32 Kilo.

Decursus:

Begonnen wurden die Injectionen am 10. April mit einer Dosis von 0·000002, beendet am 18. August mit einer Dosis von 0·016. Patient erhielt im Ganzen 41 Injectionen.

Die erste Temperatursteigerung (38·0) erfolgte nach einer Dosis von 0·000008 am Tage nach der Injection am 15./IV. Die höchste Temperatursteigerung 40·2 am 30./VI. nach einer Injection von 0·005.

Patient hatte zwei Schüttelfröste, und zwar am 17./V. und 20./VIII. Herpes labialis am 20./V. und 21./V.; Eiweiss im Harn am 13./IV., 30./IV., 1./V., 1./VI. und 20./VI. Stippchenförmiges Exanthem am Stamme am 18./V.

Keine Erscheinungen von Seiten der Lungen.

Nach jeder Injection trat Röthung, Schmerzhaftigkeit und Schwellung an der Injectionsstelle auf.

Erscheinungen an den Erkrankungsherden:

15./IV. Starke Schuppung an der Oberfläche der Knötchen und der grösseren Herde, wie auch des Lichen scrophulosorum.

19./IV. Abflachung der Lichenknötchen.

21./IV. Scrophuloderma über dem Larynx unter Eiterentleerung durchgebrochen. Der fluctuirende Knoten an der rechten Wange flacht sich unter starker Schuppung ab.

6./V. Patient klagt über Schmerzen an der linken cariösen Tibia.

8./V. Aufbruch einer Fistel an der Tibia.

17./V. Schwellung der Herde in der Umgebung der Nase.

18./V. Eiterentleerung aus der Tibialfistel. Röthung der Gesichtsherde.

21./V. Starke Secretion aus der Fistel.

5./VI. Randpartien der Gesichtsherde leicht geröthet.

14./VI., 18./VI., 26./VI. und 30./VI. Röthung und Schwellung sowohl der Herde, wie ihrer Umgebung.

Abgangsstatus vom 28./VIII. 1897:

Der Ernährungszustand des Patienten hat sich gehoben. Gewichtszunahme $2^1/_2$ Kilo. Die Veränderungen an der Nase ziemlich unverändert. Die Krusten an der Apertura pyriformis haben sich abgelöst, die Granulationen selbst sind niedriger, fester, wenig secernisirend. Das wallartige Infiltrat an der unteren Umrandung der Nasenöffnung ist stark abgeflacht, lässt sich aber doch noch durch seine braunrothe Farbe und Infiltration von der Nachbarschaft abgrenzen. Ebenso sind auch die anderen Herde an der Wange bedeutend flacher, manche derselben leicht gedellt, die ursprünglich nässenden und von Krusten bedeckten Substanzverluste zart überhäutet. Die fluctuirenden Knoten über der rechten Nasolabialfalte, sowie rechts vom Halse sind viel niedriger und lassen nur noch undeutliche Fluctuation erkennen. Die Gaumenaffection unverändert. Die Schwellung des linken Kniegelenkes vollständig zurückgegangen; kein Ballotement der Patella, freie, schmerzlose Beweglichkeit. Affection an der Tibia unverändert. Der Lichen scrophulosorum am Stamme vollständig geschwunden. Drüsen am Halse haselnussgross, derb. Lungenbefund unverändert.

Patient stellte sich zu wiederholten Malen vor, so am:

30./IX. Lichen scrophulosorum wiederum aufgetreten; am Halse und im Gesichte neue Ulcerationen.

Am 9./XI. waren zahlreiche Krusten und Borken wiederum aufgetreten, namentlich an der Apertura pyriformis und im Bereiche der Wangen- und Kinnherde.

Epikrise: Patient vertrug, wie aus den Temperaturtabellen ersichtlich ist, die Injectionen schlecht; auch die anfängliche Besserung war, obgleich bei dem Patienten seinem Alter und seinem Gewichte entsprechend die Injectionstherapie bis zu einer Dosis von 0·016 durchgeführt worden war, nur von kurzer Dauer.

Fall XXIV. N. J., 20 a. n. Klempner aus Deutsch-Petersdorf.

Diagnose: Lupus nasi.

Anamnese: Hereditär nicht belastet, doch in sehr dürftigen, socialen Verhältnissen aufgewachsen. Affection an der Nase besteht seit 5 Jahren, wurde damals ausgekratzt, so dass Patient 4 Jahre Ruhe hatte. Im Frühjahre 1896 neuerliche Erscheinungen an der Nase, die den Patienten zwangen, das Spital aufzusuchen. Nach neunwöchentlicher Behandlung gebessert entlassen — verschlimmerte sich sein Zustand nach einigen Wochen bedeutend. Patient schwitzt nicht bei Nacht und hustet nicht.

Befund bei der Aufnahme am 12./II. 1897:

Patient kräftig gebaut, gut genährt. Lichen pilaris an den Streckseiten der oberen Extremitäten und ad nates. Die Haut der Nase bis auf das obere Drittel des Nasenrückens und eines Theiles des rechten Nasenflügels, die von normaler Haut bedeckt sind, lividroth, verdünnt in feinste Fältchen legbar, hie und da kleinste, serös durchtränkte Borken und grössere oberflächliche Schuppen tragend. Die Configuration des linken Nasenloches in Folge einer narbigen Einziehung an der Vereinigungsstelle des linken Nasenflügels mit dem Septum verändert. Ueber dem Nasenrücken ein $1/2$ Cm. breites, mit gelblichen Borken belegtes Infiltrat, ein ähnliches kirschkerngrosses auf dem linken Nasenflügel. In der Mitte des ersteren ein seichter Substanzverlust. Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts Pathologisches.

In Betreff des Krankheitsverlaufes vom 12./II.—13./IV. will ich nur hervorheben, dass Patient am 8./IV. 7 Uhr 50 M. eine Injection von 0·005 Gr. des alten Koch'schen Tuberculins erhielt.

9./IV. Um Mitternacht Schüttelfrost. Hustenreiz und Husten. Auf den Lungen objectiv nichts nachzuweisen. Die Nase stark geröthet, angeschwollen, ebenso die angrenzenden Wangentheile. Temperatur um 4 Uhr Morgens 38·0, um 6 Uhr Morgens 39·0, um 8 Uhr Morgens 39·6. Puls 138. Resp. 48.

Das ganze Gesicht, besonders die Nase, fühlt sich sehr heiss an, die Conjunctivae angeschwollen, geröthet. Starke Kopfschmerzen.

Temperatur um 10 Uhr Früh 40·0, um 12 Uhr Mittags 40·1, um 2 Uhr Nachmittags 40·1, um 4 Uhr Nachmittags 40·2, um 8 Uhr Abends 39·8. Puls 138. Resp. 30.

Starke Secretion der Nasenschleimhaut. Im Harne Eiweiss.

10./IV. In der Nacht Nasenbluten aufgetreten. Nasenspitze und nächste Umgebung mit honiggelben serösen Borken bedeckt. Im Harne Eiweiss. 6 Uhr Früh: Temperatur 38·5. Puls 124. Resp. 24.

11./IV. Temperatur 37·4. Puls 120. Athmung 24. Im Harne: Eiweiss.

12./IV. Temperatur 36·5 — 96. Athmung 20. Noch leichte Trübung im Harne.

13./IV. Im Harne keine Trübung mehr. Körpergewicht 58 Kilo.

Decursus:

Begonnen wurden die Injectionen am 13./IV. mit einer Dosis von 0·000002, beendet am 2./VIII. mit einer Dosis von 0·02. Patient erhielt im Ganzen 37 Injectionen.

Die erste Temperatursteigerung (38·2) erfolgte am 17./V. nach einer Injection von 0·006, die höchste (40·3) am 20./V. nach derselben Dosis.

Von Seiten der Lungen keine Erscheinungen.

An den Injectionsstellen höchst selten Reactionserscheinungen.

Allgemeinerscheinungen:

7./V. Kältegefühl. 12./V. Kopfschmerzen. 15./V. Schläfrigkeit, Leibschmerzen. 17./V. Kopfschmerzen, Kältegefühl.

20./V. Stippchenförmiges Exanthem am Stamme; im Harne Eiweisstrübung.

25./V. Trockenheit des Mundes, Kopfschmerzen, erschwertes Athmen durch die Nase.

2./VI. Nasenbluten, ebenso am 21./VI., 28./VI., 10./VII. und 15./VII

14./VI. Schüttelfrost. 15./VI. Mattigkeit.

26./VI. Kältegefühl, Kopf- und Bauchschmerzen, Nasenbluten.

30./VI. Bauchschmerzen, ebenso am 14./VII.

23./VII. Kopfschmerzen. 3./VIII. Spuren von Eiweiss.

Herderscheinungen:

17./IV. Die Nase im oberen Theile stark abgeblasst, an der Nasenspitze in der Umgebung des Infiltrates noch lebhafte Röthung. Das Infiltrat sehr weich.

27./IV. Das Infiltrat hat seine scharfe Abgrenzung gegen die Umgebung verloren, der Substanzverlust theilweise überhäutet.

29./IV. Röthung der Nasenspitze, livide Verfärbung des Septum cutaneum.

1./V. Nasenspitze tiefroth, glänzend; die Nase oberflächlich abschilfernd.

4./V. An der Stelle des früheren Infiltrates noch glänzende Röthung vorhanden.

11./V. Nase auffallend blass.

13./V. Die früher straffe und glänzende Haut der Nase leicht fältelbar, von bräunlich-gelbem Farbenton.

15./V. Nase stark geröthet, ebenso die angrenzenden Wangenpartien.

17./V. Nasenspitze kirschroth, glänzend.

20./V. Sehr starke, glänzende Röthung der Nasenspitze.

25./V. Schwellung, Röthung, Glanz der Nase.

28./V. Nase bedeutend abgeblasst.

2./VI. Nase stark geröthet, ebenso am 5./VI. und 14./VI.

26./VI. Röthung und erhebliche Schwellung der Nase, die erst am 28./VI. abnimmt.

2./VII. Geringe Röthung der Nase

Am 20./VII. wurden die Ueberreste des Herdes an der Nasenspitze unter Cocaïnanästhesie verschorft und Patient geheilt entlassen. Körpergewicht 60·5 Kilo.

Epikrise: Die Injectionstherapie führte zu einer wesentlichen Besserung des Processes, eine

Dosis von 0·02 reichte aber zur Heilung nicht hin, weshalb die operative Entfernung vorgenommen werden musste. Da Patient sich bisher unserer weiteren Beobachtung entzogen hat, können wir betreffs der Immunisirung nichts berichten.

Beachtenswerth ist, dass Patient auf eine Dosis von 0·005 des alten Tuberculins sehr stürmisch reagirte, als wir alsdann bei langsamer Steigerung bis zu einer Dosis von 0·006 des neuen Tuberculins kamen, traten ziemlich ähnliche Reactionserscheinungen auf.

Fall XXV. B. A., 27 a. n. Fabriksarbeiter aus Koschirsch.

Diagnose: Lupus vulg. faciei et colli.

Anamnese: Mutter leidet an den Lungen. Im 7. Lebensjahre überstand Pat. Variola, kurze Zeit nachdem entwickelte sich der Herd am Halse; unter Schwellung, Vereiterung und Perforation einer Drüse kam es zur augenblicklichen Narbenbildung. 1888 scrophulöse Ophthalmie. 1891 Beginn der Nasenaffection, dieselbe verbreitete sich 1892 auch auf die Oberlippe. Der Herd am Cucullaris und am linken Oberschenkel besteht seit vier Jahren.

Patient hustet häufig, schwitzt nicht bei Nacht.

Befund bei der Aufnahme am 12./V. 1897:

Patient mittelgross, von schlechtem Ernährungszustande, schwacher Musculatur, mangelhaftem Fettpolster. Auf den Corneae beiderseits verwaschene Trübungen (Maculae corneae). Lichen pilaris des Stammes und der Streckseiten der Extremitäten. Variolanarben des Gesichtes. Nase, angrenzende Wangenpartie (rechts 3 Cm., links 1 Cm.) und Oberlippe hauptsächlich befallen. Die Grenze der Affection keine scharfe; zahlreiche zungenförmige Ausläufer, so ein grösserer auf das rechte obere Augenlid.

Die Haut im Bereiche des Erkrankungsherdes lividroth, verdickt, infiltrirt, derb anzufühlen; theils oberflächlich schuppend, theils von serösdurchtränkten Krusten bedeckt; theils ist sie von glattem, glänzendem, feinstfältelbarem, dünnem Epithel überzogen, theils zeigt sie eine höckerige Oberfläche und zahlreiche seichte Ulcerationen zwischen den Höckern. In der Haut des Nasenrückens und der Flügel einzelne braunrothe, flache Knötchen, zahlreiche ähnliche Knötchen im oberen Augenlidherde.

Nase deformirt, Nasolabialfurchen verstrichen durch warzig höckerigen Krustenbelag. Das linke Nasenloch durch Narben verkleinert, das rechte durch Ulcerationen vergrössert. Die Oberlippe stark verlängert, verdickt, derb, mehr oder weniger unbeweglich. Der centrale Antheil des Oberlippenherdes von feinst fältelbarem Epithel bedeckt, die Peripherie aus perlschnurartig aneinander gereihten, etwa hanfkorngrossen Knötchen bestehend.

Ein acht Centimeter langes Infiltrat von der rechten Fossa retromaxillaris bis zum Larynx sich erstreckend, dessen Centrum und Rand dem Oberlippenherde analoge Verhältnisse aufweist. In dem oberen Antheile der Randpartie dieses Infiltrates finden sich zwei bohnengrosse Substanzverluste mit schmierig belegtem Grunde. Ein gleichfalls central narbig verändertes, in der Peripherie aus einzelnen Knötchen bestehendes Infiltrat von 6 Cm. Länge und 4 Cm. Breite oberhalb des Acromions. An der Beugefläche des linken Oberschenkels unterhalb des Gesässes ein guldengrosser Infiltrationsherd, dessen Randpartien aus schuppenden Knötchen bestehen, dessen Centrum narbig verändert ist.

Lungenbefund: Dämpfung über beiden Lungenspitzen, rechts bis zum vierten Intercostalraume, daselbst abgeschwächtes Athmen. Körpergewicht 48·5 Kilo.

Decursus.

Die Injectionstherapie wurde am 21. Mai mit einer Dosis von 0·0001 begonnen und am 25. August mit einer Injection von 0·02 beendet. Patient stand nur zur Zeit der ersten Injection in klinischer Behandlung und wurde dieselbe späterhin ambulatorisch durchgeführt.

Da die Temperaturmessungen vom Patienten selbst ausgeführt wurden, will ich auf dieselben nicht weiter Gewicht legen, sondern nur anführen, dass die erste Temperatursteigerung 38·2 am 2./VI. nach einer Injection von 0·0005 auftrat, die höchste am 24./VI. nach einer Injection von 0·0008 betrug 38·9.

An den Injectionsstellen verspürte Patient häufig Schmerzen und waren daselbst auch objectiv selbst mehrere Tage nach den Injectionen Reactionserscheinungen bemerkbar.

Nach beendeter Cur bot Pat. noch immer das Bild eines typischen Lupus vulgaris. Die Röthung des Gesichtsherdes war einem mehr bräunlichen Colorit gewichen, das Infiltrat vermindert; die Krustenauflagerungen waren stellenweise abgefallen, die Ulceration zum grössten Theile überhäutet, doch die vielleicht etwas weniger prominenten Knötchen heben sich noch immer recht marquant von der Umgebung ab. Körpergewicht 48·5 Kilo.

Epikrise: Wir hatten in diesem Falle mithin nur Besserung, keine Heilung erzielt.

Fall XXVI. H. F., 22 a. n. Bergmann aus Türmitz.

Diagnose: Lupus vulgaris.

Anamnese: In der Jugend Masern. Das Leiden begann in frühester Jugend am linken Unterschenkel. Im achten Lebensjahre Erkrankung der linken Hand, hauptsächlich des Zeigefingers, der im Jahre 1890 abgetragen wurde. Seit vier Jahren Affection am rechten Ellbogen. Wiederholter Spitalsaufenthalt. Vater in der Jugend Gesichtslupus, augenblicklich geheilt. Patient hustet nicht, schwitzt nicht bei Nacht.

Befund bei der Aufnahme am 11./V. 1897:

Patient gross, mittelkräftig. Ueber der Ellenbeuge ein 1½ Cm. langes, 1 Cm. breites, lividrothes Infiltrat, von zahlreichen, erweiterten

Gefässen durchzogen, die Oberfläche desselben gefältelt, schuppend. Nach innen davon eine 5 Cm. lange, 3 Cm. breite, in den oberen Partien mit der Unterlage verwachsene Narbe, die in dem unteren Theil ein gestricktes Aussehen hat. Aehnliches hellrothes Infiltrat an der ulnaren Seite des rechten Vorderarmes. Knötchen an den Beugeseiten der rechten und linken oberen Extremität. An der Streckseite des linken Vorderarmes, zwei durch eine atrophische Hautnarbe von einander geschiedene livide, oberflächlich glänzende, mit Schuppen und Borken bedeckte Infiltrate, von je drei Centimeter Breite und zwei Centimeter Länge. Die Haut des dorsalen Handgelenkes derb infiltrirt, geröthet, oberflächlich schuppend, stellenweise mit Borken besetzt. An der Grundphalange des Daumens tiefe, eitrig belegte Substanzverluste, mit scharfen, stellenweise unterminirten Rändern und granulirendem Grunde. Flexion der Finger behindert. In der Mitte der Innenfläche des linken Oberschenkels eine von einem pigmentirten Saume umgebene Narbe mit braunrothen, oberflächlich schuppenden Knötchen in ihrem oberen Antheile. Der linke Unterschenkel elephantiastisch verdickt mit mehreren typischen Ulcera cruris auf varicöser Basis. An der Wade eine handtellergrosse Narbe mit eingestreuten Knötchen. Aehnliche Narbe an der Vorderfläche der rechten Patella.

Lungenbefund: normal. Körpergewicht 71 Kilo.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Decursus:

Begonnen wurden die Injectionen am 21./V. mit einer Dosis von 0·0001, beendet am 23./VIII. mit einer Dosis von 0·02. Patient erhielt im Ganzen 28 Injectionen.

Die erste Temperatursteigerung (38·2) trat am 15./VI. nach einer Dosis von 0·0007 ein, die höchste Temperatur (39·2) am 9./VIII. nach einer Dosis von 0·012.

Keine Erscheinungen von Seiten der Lungen. Nur geringe Reaction an den Injectionsstellen.

Allgemeinerscheinungen:

14./VI. Mattigkeit. 24./VI. Kopfschmerzen.

Magendrücken am 14./VII., 15./VII., 19./VII., 29./VII. und 6./VIII.

Herderscheinungen:

31./V. Abflachung der Herde.

4./VI. Röthung in der Umgebung der Herde.

12./VI. Herde an der Hand stark abgeflacht.

16./VI. Herde am Handrücken lebhaft roth.

19./VI. Papilläre Excrescenzen am linken Handrücken stark abgeflacht, ebenso am Unterarme. Die Haut glatt, feinstgefältelt.

25./VI. In der Nachbarschaft der Unterarmherde Röthung, noch stärkere Abflachung der papillaren Excrescenzen am Handrücken. Die Krusten zum Theile abgelöst, es tritt frisches Epithel zu Tage.

13./VII. Abflachung der Excrescenzen und Ablösung der Schuppen schreitet fort. Röthung der Infiltrate noch vorhanden, wenn auch geringer geworden.

27./VII. Röthung der Herde an der Hand.

4./VIII. Operative Entfernung des lupös erkrankten Gewebes durch Auskratzung und Kali causticum-Verschorfung. Körpergewicht 68·5 Kilo.

Ende October war noch kein Recidiv innerhalb der nach der Operation gebildeten Narben aufgetreten.

Epikrise: Trotz vollständig durchgeführter Injectionstherapie bis zur Maximaldosis von 0·02 nur Besserung des Processes, keine Heilung. Drei Monate nach der operitiven Beseitigung der Krankheitsherde noch kein Recidiv.

Fall XXVII. K. A., 9 a. n. Häuslerssohn aus Zerhonitz.

Diagnose: Lupus vulgaris.

Anamnese: Affection am linken Halux begann vor vier Jahren unter Entwickelung eines Knötchens, das bis vor zwei Jahren stationär blieb. Damals rasches Ausbreiten des Processes, gleichzeitig Bildung des Herdes an der Innenfläche des linken Oberschenkels und Beginn der Drüsenschwellung an der rechten Halsseite und vor dem gleichseitigen Ohre. Ein Jahr darauf Durchbruch der vereiterten Drüsen und Narbenbildung. Patient hat keine Nasen-, Ohren- und Augenaffectionen durchgemacht, hustet nicht und schwitzt nicht bei Nacht. Vater des Patienten ist lungenleidend.

Befund bei der Aufnahme am 15./V. 1897:

Patient für sein Alter ziemlich gross, von gracilem Knochenbau, mässigem Ernährungszustande.

Vor dem rechten Ohre eine bohnengrosse Narbe, im unteren Antheile derselben ein erbsengrosses, braunrothes, mit Borken bedecktes Infiltrat. Unterhalb des Ohrläppchens eine erbsengrosse, weisse Narbe, ferner eine 1½ Cm. lange, dem Unterkiefer parallel verlaufende lineare Narbe.

Auf der Streckseite der linken Ulna zwei Finger breit unterhalb des Ellbogengelenkes eine 3 Cm. breite, zwölf Centimeter lange, auf die Beugefläche übergreifende und sich dabei auf 1 Cm. Breite verjüngende, zwei Centimeter oberhalb des Handgelenkes endende Narbe.

Am Rücken, hauptsächlich neben der Wirbelsäule finden sich grössere und kleinere, oberflächlich schuppende, derb anzufühlende Infiltrate, an deren Peripherie man blassrothe bis braunrothe Knötchen von Stecknadelkopfgrösse unterscheiden kann, je weiter vom Centrum, desto spärlicher und deutlicher, je näher, desto dichter und formloser dieselbe. An der Innenfläche des linken Oberschenkels ein 3 Cm. breites, 4 Cm. langes Infiltrat mit steil abfallenden Rändern, vertieftem, von dicken, schmutzigbraunen Borken bedecktem Centrum, an der Peripherie dieses Infiltrates noch einzelne Knötchen kenntlich.

Die Haut der grossen linken Zehe am Dorsum bis zum Tarsometaphalangealgelenke, an der Planta bis zum Zehenballen von dicht nebeneinanderstehenden, papillären Excrescenzen besetzt, die von eingetrocknetem Secrete bedeckt, durch tiefe Furchen von einander getrennt sind. Dem ersten Interdigitalspatium entsprechend auf dem Fussrücken ein kreuzergrosses, livides, elevirtes Infiltrat, dessen Centrum von braunrothen Borken bedeckt ist.

Herz- und Lungenbefund normal.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker. Körpergewicht 25·5 Kilo.

Decursus:

Begonnen wurden die Injectionen am 21. Mai mit einer Dosis von 0·0001, beendet am 20. August mit einer Dosis von 0·01. Patient erhielt im Ganzen 27 Injectionen.

Die erste Temperatursteigerung (38·5) trat am 26. Mai nach einer Dosis von 0·0003 auf, die höchste Temperatur (39·4) erfolgte am 24. Juni nach einer Injection von 0·0005.

Keine Erscheinungen von Seiten der Lungen.

An den Injectionsstellen sehr häufige, mitunter recht erhebliche Reactionserscheinungen.

Allgemeinerscheinungen:

1./VI. Schweissausbruch, Kopfschmerzen, Erbrechen. 15./VI. und 5./VII. Kältegefühl.

24./VI., 30./VI. und 9./VII. anhaltende Schläfrigkeit.

27./VII. und 31./VII. Opressionsgefühl auf der Brust.

Erscheinungen an den Herden:

27./V. Röthung in der Umgebung des Herdes am Oberschenkel, die erst am nächsten Tage verschwand.

31./V. Der Herd an der linken grossen Zehe beginnt sich abzuflachen.

3./VI. Lichenknötchen am Stamme beinahe geschwunden.

4./VI. Röthung des Oberschenkelherdes.

16./VI. Die grosse Zehe geschwollen und geröthet.

19./VI. Abflachung des Herdes an der grossen Zehe.

5./VII. Schmerzen in der grossen linken Zehe, die papillären Wucherungen treten deutlicher hervor.

20./VII. Stärkere Röthung der papillären Wucherungen, bedeutende Abflachung derselben.

27./VII. Röthung der Herde am linken Oberschenkel.

Am 31./VII. wurde die Operation in Chloroformnarcose vorgenommen und mit Kali causticum verätzt. Ende October war noch kein Recidiv aufgetreten.

Epikrise: Die geringe Heilungstendenz erforderte den operativen Eingriff. Ob eine Immunisirung eingetreten ist, könnte erst nach längerer

Beobachtung entschieden werden. — Die Dosis von 0·01 dürfte, da Patient nur neun Jahre alt war, als zu einer Immunisirung hinreichend anzusehen sein, sofern eine solche überhaupt zu erwarten ist.

Fall XXVIII. S. R., 12 a. n., Fleischhauerssohn aus Kladno.

Diagnose: Lupus vulgaris nasi, palati mollis et duri.

Anamnese: Grossvater des Patienten starb an Tuberculosis pulmonum. Mutter an Peritonitis im Wochenbett. Vater und Geschwister leben und sind gesund. Im 4. Lebensjahre Lungenentzündung; im 5. Ohrenfluss, im 8. Lebensjahre eine Drüsenschwellung am Halse. Gleichzeitig trat eine Affection am linken Oberarme auf, die unter ärztlicher Behandlung mit Narbenbildung heilte. Vor 3/4 Jahren trat eine Affection am rechten Nasenflügel auf, kleine juckende Knötchen, die beim Kratzen eine gelbliche eiterähnliche Flüssigkeit entleerten, allmälige Ausbreitung auf der Nasenspitze. Seit einem halben Jahre Miterkranktsein der linken Wange. Vor drei Monaten wurde Patient nach zweimonatlichem Aufenthalte geheilt entlassen, musste jedoch eines Recidives wegen, das nach einem Monate auftrat, abermals die Klinik aufsuchen.

Befund bei der Aufnahme am 13./V. 1897:

Schwaches anämisches Kind, von gracilem Knochenbau, schwach entwickelter Musculatur und geringem panniculus adiposus. Durch narbige Attraction der Nasenspitze an die Ansatzstelle des Septums erscheint die Nase difformirt, im Spitzenantheil gekrümmt, gleichzeitig ödematös geschwollen.

Der linke Nasenflügel ist in seinen untersten Theilen zerstört und weist an der Ansatzstelle des restlichen Nasenflügels eine tiefeinschneidende Zacke auf. Starke Infiltration, bei gleichzeitiger livider Verfärbung des linken Nasenflügelrestes, hohe schmutzigbraune Krustenauflagerung, nach deren Ablösung schlaffe, schmierig belegte Granulationen zu Tage treten. Die Infiltration ist besonders stark an dem lateralen Theile des linken Nasenflügels, wo es zu förmlicher Knotenbildung gekommen ist.

Von dem linken Nasenflügel setzt sich die Affection einerseits auf die Nasenspitze fort, daselbst ein 1 Cm. im Durchmesser betragendes, im Centrum getheiltes, von einer Kruste bedecktes, braunrothes Infiltrat, anderseits auf die Oberlippe das Nasenloch umgreifend, gleichfalls von Krusten bedeckt. Der rechte Nasenflügel durch narbige Schrumpfung leicht verkürzt, zahlreiche derbe, braunrothe, schuppende Knötchen aufweisend. Oberhalb des Herdes an der Nasenspitze ist die Haut gespannt, glatt, glänzend, leicht livid verfärbt. Am Nasenrücken mehrere derbe, braunrothe Knötchen. Das häutige Septum verkürzt, Nasenlöcher durch die erwähnten Veränderungen stark verkleinert. Knorpliges Septum grösstentheils fehlend, Nasenschleimhaut von schwammigen, schlaffen, gelbe Krusten tragenden Granulationen bedeckt. Ein Cm. nach aussen

und oben vom linken Mundwinkel ein leicht schuppendes, im unteren Antheile von Krusten bedecktes Infiltrat.

Die Schleimhaut des weichen Gaumens durch Aneinanderlagerung kleinster, grauröthlicher Knötchen von chagrinirtem Aussehen. Uvula verbreitert, verkürzt. Gaumenbögen leicht geknickt, an den freien Rändern kleinste Knötchen.

Am harten Gaumen seichte Ulcerationen, dazwischen kleinste Infiltrationen.

Submaxillaren und submentalen Drüsen haselnussgross.

Ueber dem linken Deltoideus eine unregelmässig contourirte circa guldengrosse, pigmentirte, verschiebliche Narbe.

Lungenbefund: R. Lungenspitze hinten hauchendes In- und Exspiriren, L. Lungenspitze hinten oben hauchendes Exspiriren, R. über der fossa infraspinata leicht bronchiales Athmen.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Körpergewicht 29 Kilo.

Decursus:

Die Injectionen wurden am 21. Mai mit einer Dosis von 0·0001 begonnen und am 23. August mit einer Dosis von 0·015 beendet. Patient erhielt im Ganzen 25 Injectionen.

Im Verlaufe der Injectionstherapie waren nur drei Temperatursteigerungen über 37·6 zu verzeichnen. Am 24./VI. 39·1 nach einer Injection von 0·0007, am 14./VII. 37·7 nach einer Injection von 0·0009 und am 6./VIII. 38·5 nach einer Dosis von 0·007.

Patient vertrug die Injectionen sehr gut, denn die localen und allgemeinen Reactionserscheinungen waren sehr gering. An den Injectionsstellen traten nur zweimal die bereits oftmals erwähnten Reactionserscheinungen auf.

Eiweisstrübungen im Harn wurden am 16./VI., 24./VII. und 9./VIII. beobachtet.

Erscheinungen an den Herden:

2./VI. Nase leicht geröthet.

4./VI. Starke Röthung der Rachen- und Gaumenherde, die erst nach zwei Tagen verschwand.

16./VI. Herde an der Nasenspitze geröthet.

24./VI. Röthung der Herde im Gesichte. Die Ulcera am harten Gaumen sind zu einem grösseren Ulcus confluirt.

26./VI. Die Röthung der Herde geschwunden.

6./VII. Ulcus am harten Gaumen geheilt unter Zurücklassung einer zarten, glänzenden Narbe.

17./VII. Am harten Gaumen werden vielfach verstrickte, zarte Narbenzüge sichtbar. Schuppung an der Nasenspitze.

19./VII. In der Narbe am linken Oberarme ein neues braunrothes Knötchen aufgetreten, das im Centrum eine Borke trägt.

24./VII. Die Borke an den zuletzt erwähnten Knötchen geschwunden. Dasselbe vernarbt.

26./VII. Geringe Röthung am Gaumen.

13./VIII. Ulcera am Gaumen, wie bereits erwähnt, vernarbt Chagrinirung der Schleimhaut weniger deutlich. Die Knötchen an der Nase erscheinen bedeutend flacher.

Abgangsstatus vom 24./VIII.:

Patient sieht wohl aus, sein Ernährungszustand hat sich gehoben, Gewichtszunahme ½ Kilo. Die Affection an der Nase hat sich wesentlich gebessert, doch lassen sich die Charaktere eines Lupus immer noch erkennen.. Die isolirten Knötchen an der Nase haben noch die gleiche Grösse, wie beim Eintritte, doch sind sie vollständig abgeflacht, stellenweise liegen sie sogar unter dem Niveau der Haut. Dem tastenden Finger sind dieselben nicht mehr als scharf umschriebene derbe Infiltrate zugänglich, sondern haben die Consistenz der benachbarten gesunden Haut; ihre Farbe ist ein tiefes auf Fingerdruck sich nicht veränderndes Braun.

An der Nasenspitze, an den Resten der Nasenflügel, besonders links, sowie auch im Bereiche des Herdes auf der linken Wange noch ziemliche, wenn auch weniger derbe Infiltration, als beim Eintritte nachweisbar. Die Infilrate sind abgeflacht, stellenweise eingesunken, die deckende Haut gefältelt, schuppend.

Die sichtbaren Theile des Naseninneren noch von gelben Krusten bedeckt. Der Herd an der linken Wange zeigt deutliche centrale Abtheilung, während an dessen Peripherie sich neben einem abgeflachten Randinfiltrate noch isolirte Knötchen vorfinden, die, was Ansehen und Farbe anbetrifft, mit denen an der Nase übereinstimmen.

Die Chagrinirung des Gaumens ist in Folge von Abflachung der Knötchen undeutlich geworden.

Die Ulcera am harten Gaumen unter Narbenbildung abgeheilt, doch finden sich dazwischen noch blassrothe abgeflachte Infiltrate.

Drüsen am Halse kleinhaselnussgross, derb.

Lungenbefund: unverändert.

Am 17./IX. stellte Patient sich abermals vor, eine wesentliche Aenderung war nicht zu verzeichnen. Sein Ernährungszustand, wie auch sein subjectives Befinden war ein gutes. Lungenbefund unverändert. Eine Eruption von neuen Knötchen war nirgends erfolgt; die bei der Entlassung vorhanden gewesenen wiesen noch dieselben Charaktere auf, die braune Färbung, das geringe Infiltrat, die für den tastenden Finger kaum erkenntliche Prominenz. Die Diagnose Lupus war ohne Schwierigkeiten noch zu stellen. Am harten Gaumen bemerkte man dicht hinter der Zahnreihe zwei kleinlinsengrosse, seichte, neugebildete Substanzverluste.

Anfang November waren bereits neue Knötchen im Wangenherde bemerkbar.

Epikrise: Patient wurde wesentlich gebessert entlassen. Seinem Alter und Gewichte entsprechend hatte er bis zur Dosis von 0·015 Injectionen

bekommen. Eine vollständige Heilung war dessen ungeachtet nicht eingetreten. Das Auftreten von neuen Lupusknötchen, wie auch das Recidiv am harten Gaumen beweist, dass auch keine Immunisirung stattgefunden hatte.

Fall XXIX. H. J., 18 a. n., led. Kutscher aus Zvanovec.

Diagnose: Lupus tumidus nasi.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Beginn des Leidens vor zwei Jahren mit Röthung und Knötchenbildung an der Nasenspitze. Zwei Monate darauf wurden die Nasenflügel ergriffen. 1896 auf der Klinik Janowsky operirt, seit Weihnachten Recidive. Drüsenanschwellung und Affection am Halse bestehen gleichfalls seit zwei Jahren. Maculae corneae seit frühester Jugend, Blepharitis angeblich erst seit einem Jahre.

Befund bei der Aufnahme am 18./V. 1897:

Patient über mittelgross, von mässigem Ernährungszustande, schlaffer Musculatur, mangelhaftem Fettpolster, normalem Knochenbaue.

Die Nase in toto verbreitert. Nasenflügel, Spitze und häutiges Septum sind uneben, höckerig in Folge von dicht nebeneinander stehenden erbsengrossen, blass- bis lividrothen, schlaffen Knötchen, zwischen denen es theils zur Bildung mehr weniger tiefer, nässender oder schmierig belegter Rhagaden, theils auch zu kleinen oberflächlichen Substanzverlusten gekommen ist. Die Nasenspitze und die Nasenflügel werden eigentlich von diesem pathologischen Gewebe vollständig gebildet; dasselbe hat zu einem Ersatze der vorderen zwei Drittel der Nasenflügel geführt, während das hintere Drittel, gegen das es halbmondförmig mit mehr oder weniger steilen Rändern abfällt, von der Affection verschont geblieben ist. Die Configuration des linken Nasenloches (dasselbe wird vollständig von diesem oben beschriebenen pathologischen Gewebe gebildet) ist noch erhalten, das rechte dagegen durch Schwellung der Mucosa und des Granulationsgewebes bis auf einen schmalen Spalt verengt. Unterkieferdrüsen kirschkorngross.

Zwischen Kinn und Cartilago thyreoidea ein dreieckiger Herd, dessen oberer Antheil von dünner, hellrother, leicht gefältelter, oberflächlich schuppender Haut bedeckt ist, während der untere Antheil ein fingernagelgrosses Infiltrat aufweist, das sich derb anfühlt und von dünnen, serös imbibirten, honiggelben Krusten bedeckt ist.

Lungenbefund: Ueber der rechten Lungenspitze hauchendes Exspirium und vereinzelte trockene Rasselgeräusche.

Körpergewicht 57·5 Kilo.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker.

Decursus:

Patient erhielt im Ganzen 27 Injectionen. Begonnen wurde die Therapie am 21./V. mit einer Dosis von 0·0001, beendet am 23./VIII. mit einer Dosis von 0·02.

Die erste erhebliche Temperatursteigerung 38·2 trat auf am 15./VI. am Tage nach einer Injection von 0·0008, die höchste Temperatursteigerung, die Patient erreichte, war 38·4 am 5./VII. nach einer Dosis von 0·004. Gleichzeitig bestanden damals Augenschmerzen und Rasselgeräusche auf beiden Lungen.

Nur geringe Reactionserscheinungen an den Injectionsstellen.

Erscheinungen an den Herden:

28./V. Röthung und Schwellung der Nase.

31./V. Das Infiltrat der Nase erscheint weicher, die Farbe wachsgelb.

2./VI. Die Schwellung der Nase beginnt geringer zu werden.

14./VI. Oedematöse Anschwellung der Nase. Kopfschmerzen.

24./VI. Leichte Röthung und Schwellung der Nasenherde.

29./VI. Nase bedeutend flacher geworden.

5./VII. Augenschmerzen, Nase geröthet und geschwollen, von gelblichen Krusten bedeckt.

9./VII. Der rechte Nasenflügel stärker infiltrirt als der linke.

14./VII. Röthung, geringe Exsudation im Bereiche der Herde.

19./VII. Lichengruppen des Thorax stärker geröthet.

29./VII. Starke Reaction an den Nasenherden.

30./VII. Nur geringe Röthung und Schwellung der Nase.

7./VIII. Leichte Röthung der Nase.

Abgangsstatus vom 24./VIII.:

Gewichtszunahme 8½ Kilo, Ernährungszustand bedeutend gehoben. Die Nase hat wieder eine annähernd normale Configuration angenommen, es bestehen nur ganz geringe Defecte an der vorderen und seitlichen Umrandung des rechten Nasenloches. Die hohen Granulationen haben sich vollständig abgeflacht.

Es ist überall frische Ueberhäutung mit oberflächlicher Schuppung eingetreten. Die Nasenspitze, wie auch die Flügel und die benachbarten Theile der Oberlippe sind geröthet, die deckende Haut glattglänzend oder schuppend, fein gefältet. Die Infiltration im Bereiche der ursprünglich afficirten Theile bis auf geringe Reste zurückgegangen. Sichtbare Theile der Nasenschleimhaut blass, von spärlichen Krusten bedeckt. Das Infiltrat unterhalb des Kinnes nur sehr wenig zurückgegangen. Drüsenschwellung unverändert.

Lungenbefund wie bei der Aufnahme.

Eine Woche nach seiner Entlassung begannen bei dem Patienten Nasenblutungen aufzutreten, die sich häufig, meist jeden zweiten Tag, wiederholten. Drei Wochen vor seiner abermaligen Aufnahme, die am 22./XI. 1897 erfolgte, trat eine wesentliche Verschlechterung der Nasenaffection ein. Patient bemerkte starkes Nässen, Bildung von Borken und Krusten. Augenblicklich bietet derselbe das typische Bild eines exulcerirten, von Borken- und Krustenauflagerungen bedeckten Lupusfalles.

Epikrise: Patient verliess nach einer nahezu drei Monate währenden Behandlung wesentlich gebessert das Spital, doch war von einer Heilung nicht die Rede, wie sich bei Betrachtung des Abgangsstatus ergibt. Dass der Process noch recht florid war, beweist das nach zwei Monaten bereits wiederum aufgetretene Recidiv. Wir haben mithin im vorliegenden Falle nur vorübergehende Besserung, keine Heilung und keine Immunisirung zu verzeichnen.

Fall XXX. H. J., 14. a. n. Kaufmannssohn aus Ričan.

Diagnose: Scrophulodermata.

Anamnese: Beginn des Leidens in frühester Jugend, Narben am rechten Augenlide, am linken Unterschenkel jetzt noch sichtbar.

Affection am Halse besteht seit dem 6. Lebensjahre. Eine ursprünglich harte Anschwellung erweichte und brach unter Eiterentleerung auf.

Patient, der sich nie behandeln liess, hustet nicht und schwitzt nicht bei Nacht. Hereditär keine Belastung.

Befund bei der Aufnahme am 7. Juni 1897:

Patient für sein Alter gross, gracil gebaut, mässig gut genährt.

Ueber der rechten Augenbraue eine 1 Cm. lange, 1 Mm. breite Hautnarbe.

Am rechten Unterkieferwinkel, zum Theil auf den Hals übergreifend, eine 4 Cm. im Durchmesser betragende Borke, von einem schmalen Saume gerötheter, leicht oberflächlich schuppender, im unteren Theile stark infiltrirter Haut umgeben.

Unterhalb des Kinnes, in der Medianlinie, ein guldengrosses, leicht über das Hautniveau erhabenes Infiltrat, dessen Mitte gleichfalls von einer Borke bedeckt ist, nach deren Abhebung man auf einen seichten, eitrigen Substanzverlust kommt.

In der unmittelbaren Umgebung des Infiltrates leichte, narbige Veränderungen der Haut. Im unteren, äusseren Drittel des Oberarmes eine livide, mit dem Periost verbundene Hautnarbe. An der Innenseite desselben ein guldengrosses, schmerzhaftes Infiltrat, dessen oberflächlich schuppende Umgebung geröthet und dessen Centrum von einer kreuzergrossen Kruste bedeckt ist.

Die Bewegung im Ellbogengelenke ist frei.

Herz- und Lungenbefund normal. Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker. Körpergewicht 32 Kilo.

Decursus:

Die Injectionstherapie wurde am 14. Juni mit einer Dosis von 0·0001 begonnen und am 2. August mit einer Dosis von 0·0005 beendet. Patient erhielt im Ganzen 12 Injectionen.

Im Verlaufe der Injectionen kam es zu häufigen Temperaturschwankungen sowohl am Tage der Injectionen, als auch in der Zwischenzeit. Eiweisstrübungen im Harn waren am 16./VI., 18./VI., 2./VII. und 3./VII.

Herpesbläscheneruption, der 8. Rippe entsprechend, am Brustkorbe am 24./VI. und am Rücken am 25./VI und 26./VI. Am 28./VI. waren dieselben bereits im Eintrocknen begriffen.

Was das Allgemeinbefinden während der Injectionen betrifft, so haben wir Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und namentlich häufig wiederkehrendes Opressionsgefühl in der Sternalgegend zu verzeichnen. Diese Beklemmungen, mit Somnolenz einhergehend, nahmen in der letzten Zeit an Intensität sehr zu, gleichzeitig stellten sich auch von Seiten der Lungen so bedenkliche Symptome (Dämpfungen, Rasselgeräusche, bronchiales Athmen) ein, dass die Injectionen eingestellt werden mussten.

Von Seiten der Herde war nur eine Ablösung der Borken und Bildung von Granulationen bemerkbar, doch zeigten dieselben nur geringe Tendenz zu epithelisiren. Es wurden daher am 27./VIII. unter Cocainanästhesie die Auskratzung der Herde vorgenommen.

Epikrise: Es gehört dieser Fall zu den wenigen, bei denen die auftretenden Allgemeinerscheinungen die weitere Fortsetzung der Injectionstherapie unmöglich machten.

Fall XXXI. S. J., 38 a. n., verheirateter Fabriksarbeiter aus Schönau.

Diagnose: Lupus vulgaris faciei et conjunctivae palpebrarum utriusque oculi sinistri.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Als Kind häufige Augenentzündungen und Schnupfen; Patient machte Masern, Scharlach, Typhus und Blattern durch. Vor 6 Jahren Auftreten von Knötchen an der Nase, vor 2 Jahren auch an der rechten Wange, dem Unterkiefer, sowie an der linken Wange. Trotz ärztlicher Behandlung stetige Recidive. Seit Februar 1897 Verdickung und Schwellung der Nase und eitrige Secretion. Seit einem $\frac{1}{2}$ Jahre hustet Patient. Kinder des Patienten sind gesund.

Befund bei der Aufnahme am 30./III. 1897:

Patient mittelgross, von mässigem Ernährungszustande, schwacher Musculatur, geringem Fettpolster.

Auf der rechten Wange ein leicht gerötheter, narbig veränderter, circa 1—$2\frac{1}{2}$ Cm. breiter Hautstreifen, der vom processus zygomaticus beginnend, sich nach unten über den Unterkieferrand bis zur Medianlinie unterhalb des Kinnes fortsetzt. Diese Narbe ist von derber Consistenz, oberflächlich schuppend und trägt in ihrer oberen Hälfte ein etwa erbsengrosses, braunrothes, von einer serös imbibirten Borke bedecktes Infiltrat; nach Ablösung derselben ein seichter, eitrig belegter Substanzverlust. Circa 1 Cm. auswärts ein linsengrosses, central von kleinsten Blutborken bedecktes Infiltrat — in unmittelbarer Nähe desselben ein

kreuzergrosser Infiltrationsherd, unter dessen centralen, gelblichen Schuppen dickflüssiger Eiter hervorquillt.

An der linken Wange, zwei Finger breit hinter dem linken Mundwinkel, eine 2 Cm. lange, weisse, derbe Narbe, deren Umgebung diffus geröthet ist; dicht unterhalb derselben ein erbsengrosses, braunrothes Infiltrat, das central eine grauweisse, trockene Borke trägt.

Das linke Auge secernirt reichlich schleimig-eitriges Secret, gleichzeitig Thränenträufeln und Blepharitis ciliaris. Die Conjunctiva palpebrarum dunkelroth, sammetartig, glänzend, stark verdickt. An der Umschlagsfalte Gewebsfetzen inmitten von seichten Ulcerationen, Knötchen in grosser Zahl im Fornix.

Die Configuration der Nase nur wenig verändert. Blasse, normale Haut, an der Uebergangsstelle des knöchernen in den knorpeligen Antheil leichte Röthung, Infiltration und oberflächliche Abschuppung. Am Nasenboden beiderseits ungefähr einen halben Centimeter hinter den Nasenöffnungen ein schwammiges Granulationsgewebe; Perforation des Septums daselbst von ungefähr 1 Cm. Durchmesser. Rhinoscopisch sonst normale Verhältnisse.

Decursus:

Patient bekam im Ganzen 16 Injectionen mit Tuberculin-R. Die erste am 24./VI. betrug 0·005, die letzte am 20./VIII. 0·02.

Bevor diese Injectionen begonnen wurden, hatte Patient am 21./VI. eine Injection mit dem alten Tuberculin in der Stärke von 0·005 erhalten. Im Anschlusse an diese trat Schwellung der Nase in toto, Dunkelrothfärbung der Herde an der Wange, Nase und Conjunctiva auf, gleichzeitig starke Abgeschlagenheit und Kopfschmerzen.

Am 22./VI. war das Secret der Herde zu gelblichen Krusten eingetrocknet. Geringe Eiweisstrübung des Harnes.

Am 23./VI. waren die Herde wiederum abgeblasst und hatten ihr früheres Aussehen erhalten.

Patient erhielt alsdann am 24./VI. die erste Injection von 0·005 des Tuberculin-R. Die auftretende Röthung und Schwellung war nun mindestens ebenso stark, wie am 21./VI. Es erfolgte an diesem Tage ein Anstieg der Temperatur auf 39·5, die höchste Temperatur, die Patient überhaupt während seiner Injectionstherapie erreichte, obgleich im Verlaufe derselben nur gleiche oder höhere Dosen injicirt wurden. Schüttelfröste wurden zweimal am 6./VIII. und 13./VIII. beobachtet. Auch die Reactionserscheinungen an den Herden traten niemals mehr so deutlich und prägnant auf, wie an dem Tage der ersten Injection.

Während der Behandlung wurden häufige, wenn auch nicht sehr erhebliche Röthungen beobachtet und kam es mitunter im Anschlusse daran zu einer geringen Abschuppung der Herde; die Abflachung der Infiltrate war nicht sehr hochgradig und konnte eine Heilung des Processes nirgends constatirt werden. Im Harne traten häufige Eiweisstrübungen auf, so am 22./VI., 26./VI., 2./VII. und 9./VII.

Der Lupus conjunctivae blieb bis zum Schlusse der Behandlung auf dem Status quo ante und wurde daher derselbe, wie auch die Herde im Gesichte, am 27./VIII. operativ entfernt. Am 20./XII. stellte Patient sich mit Recidiven in der Narbe wiederum vor.

Epikrise: Dieser Fall zeigt wiederum deutlich, dass kein wesentlicher Unterschied in Betreff der Allgemeinreactionen des neuen gegenüber dem alten Tuberculin vorhanden ist. Was den localen Process anbetrifft, so kam es nur zu einer Besserung des Processes, zu keiner Heilung desselben.

Der nächstfolgende Fall betrifft einen Patienten, der zu diagnostischen Zwecken mit Tuberculin-R behandelt wurde.

Fall XXXII. S. F., 58. a. n. Kutscher aus Karolinenthal.

Diagnose: Epithelioma.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Patient stand im Jahre 1890 mit Lues gummosa der Nase in Behandlung. Im Jahre 1895 wurde, da kein Erfolg bei einer antiluetischen Behandlung eintrat, eine Excision einer exulcerirten Partie gemacht. Die Untersuchung derselben ergab Riesenzellen und Tuberkelbacillen. Seit 4 Monaten (Patient trat am 5./IV. in die Klinik ein) neuerliche Entwickelung und Ausbreitung der jetzt bestehenden Ulceration und starke Anschwellung der Nase. Er erhielt im Ganzen 20 Injectionen, beginnend von 0·000002 bis zur Dosis von 0·01, in der Zeit vom 10./IV. bis 23./V., ohne dass eine locale oder allgemeine Reaction aufgetreten wäre, selbst die sonst stets auftretenden Temperatursteigerungen unterblieben. Dieses Ergebniss bestärkte uns in der schon vorher gehegten Annahme, dass es sich hier um keinen lupösen Erkrankungsprocess mehr handelte, sondern um ein Carcinom. Patient wurde nachher mit Erfolg nach der Methode Czerny-Trunecek behandelt.

Wenn ich die Ergebnisse meiner Beobachtungen zum Schlusse kurz zusammenfasse, komme ich zu folgenden Resultaten:

1. Eine Tuberculininjection verläuft in den seltensten Fällen reactionslos. Meist kommt es zu Reactionen an den Injectionsstellen, wie auch an den Erkrankungsherden.

2. Eine Allgemeinreaction des Körpers, die sich durch mitunter recht erhebliche Temperatursteigerung manifestirt, lässt sich selbst bei noch so vorsichtiger Steigerung, selbst bei Wiederholung derselben Dosis nie mit Bestimmtheit vermeiden.

3. Im Beginne einer Injectionstherapie kommt es zu einem gewissen Grade von Besserung, aber niemals zu einer Heilung der localen Herde.

4. Eine Dosis von 20 Mg. reicht nicht hin, den Process zum Schwinden zu bringen, und dürfte auch bei höheren Dosen keine endgiltige Heilung zu erwarten sein, da die Besserung nur im Beginne der Therapie sich einstellte und der Process gegen Ende derselben meist stationär blieb.

5. In einer Reihe von Fällen haben wir uns bei vollständig durchgeführter Injectionstherapie, selbst bei nachfolgender operativer Entfernung des erkrankten Gewebes in Folge der auftretenden Recidive davon überzeugt, dass keine Immunität eingetreten war, inwieweit dieselbe bei den anderen Fällen erfolgt ist, dürfte erst nach längerer Beobachtung entschieden werden.

6. Die Behandlung mit dem neuen Tuberculin-R bietet mithin keine wesentlichen Vortheile gegenüber dem alten Tuberculin mit dem es bei gleich hoher Dosirung alle Nachtheile gemein hat; überdies gestaltet sich in Folge der langen Dauer und des hohen Preises des Medicamentes die Thorapie sehr kostspielig. Die beobachteten Complicationen weisen ausserdem darauf hin, dass dieselbe womöglich klinisch durchgeführt werden muss, da die genaueste Ueberwachung des Falles rathsam erscheint, wenn man vor unangenehmen Ueberraschungen gesichert sein will.

Verzeichnis der bisher erschienenen Schriften über das neue Tuberculin (T.-R.).

A. In deutscher Sprache: 1. Bussenius: Einige Mittheilungen über die bisher bei Anwendung d. TR-Tuberculins gesammelten Erfahrungen. Dtsch. med. Wochschr. 1897. Nr. 28. 2. Schulze, F.: Kurze Mittheil. über

das neue Koch'sche Tuberculin. Deutsche med. Wochenschrift 1897. Nr. 28. 3. Slawyk: Die bisherigen Erfahrungen mit Tuberculinum R auf der Kinderstation der Charité. Deutsche med. Wochenschrift 1897. Nr. 30. 4. Woerner: Ueber das TR-Tuberculin. Deutsche med. Wochenschrift 1897. Nr. 30. 5. Seeligmann, L.: Ueber einen Fall von Genital- und Hauttuberculose behandelt mit Tuberculin R. Deutsche med. Wochenschrift 1897. Nr. 30. 6. Pfeiffer, W.: Kurze Mittheilungen über die seitherigen Erfahrungen mit dem neuen Koch'schen Tuberculin. Zeitschrift für prakt. Aerzte 1897. Nr. 15. 7. Lassar, O.: Ueber vorläufige Resultate mit dem Koch'schen Neu-Tuberculin. Dermat. Zeitschr. 1897. Bd. IV, 4. 8. Doutrelepont: Kurze Mittheilungen über die bisherigen Erfahrungen bei der Anwendung des neuen Koch'schen Tuberculins. Deutsche med. Wochenschrift 1897. Nr. 34. 9. Leick, B.: Ueber die in der med. Klinik mit dem „Neuen Tuberculin Koch" bisher erzielten Resultate. Deutsche med. Wochenschrift 1897. Nr. 34. 10. Rumpf und de la Camp: Zur Behandlung der Lungentuberculose mit besonderer Berücksichtigung der Wirkung des Tuberculin R. Deutsche med. Wochenschrift 1897. Nr. 34. 11. Müller, R.: Ein Fall von Erkrankung an acuter tuberculöser Mittelohrentzündung während einer Cur mit Neu-Tuberculin. Deutsche med. Wochenschrift 1897. Nr. 34. 12. Herzfeld, J.: Das Tuberculinum R bei Larynxtuberculose. Ibidem. 13. Baudach: Vorläufige Mittheilungen über Anwendung des neuen Koch'schen Tuberculins. Ibid. 14. Spengler, L.: Ein Beitrag zur Tuberculinbehandlung mit TR. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 36. 15. Bukowsky, J.: Vorläufiger Bericht über die Anwendung des TR. Wiener med. Wochenschr. October 1897. 16. Gerber und Prang: Erste Erfahrungen über Neu-Tuberculin-R. Deutsche med. Wochenschrift 1897. Nr. 39. 17. van Hoorn, W.: Ueber das neue Tuberculin TR bei der Behandlung des Lupus und der Blasentuberculose. Ibid. 18. Kaatzer, P.: Weitere Beiträge zur Tuberculinbehandlung bei Lungenschwindsucht. Deutsche med. Wochenschr. 1897. Nr. 39. 19. Jez, Valentin: Ueber das neue Tuberculin (TR) Koch's und über die Behandlung der Lungentuberculose mit demselben. Wiener med. Wochenschrift 1897. Nr. 30 u. 31. 20. Schröder: Ueber das Neu-Tuberculin. Münchner med. Wochenschrift 1897. Nr. 24. 21. Schnabl, J.: Ueber Versuche mit Koch's neuem Tuberculin R. Centralblatt für Therapie (October). *B.* In französischer Sprache: Letulle et Péron: La nouvelle tuberculine de Koch. La presse médicale. Nr. 69. *C.* In englischer Sprache: Eve, Fr.: Cases of surgical tuberculosis treated by Koch's new tuberculin. Lancet 8. Sept. Malcolm Morris and Whitefield A.: Sechs Fälle von Lupus vulgaris mit dem neuen Koch'schen Tuberculin behandelt. Brit. med. Journal. 24. Juli 1897. Referat Therapeut. Wochenschrift, Nr. 32. *D.* In italienischer Sprache: Campana, R.: Das Tuberculin R bei Lupus und einigen anderen tuberculösen Erkrankungen. (Il Policlinico. Nr. 2. 1. October 1897.) Referat Unna's Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXV. Nr. 8, pag. 407.

Aus der königl. Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Doutrelepont zu Bonn.

Ueber Nebenwirkungen bei intramuskulären Injectionen von Hydrargyrum salicylicum.

Von

Dr. **Carl Grouven**,
Assistenzarzt.

Im Jahre 1868, kurz nach dem Erscheinen der bahnbrechenden Arbeiten Lewin's über die subcutane Behandlungsweise der Syphilis mit Sublimat, waren auch an der Bonner klinischen Station für Syphilitische, auf Veranlassung des Herrn Prof. Doutrelepont Versuche mit der genannten Methode angestellt worden.[1]) Wenn die bei diesen Versuchen erzielten Resultate nicht den gehegten Erwartungen entsprachen und speciell häufiger Abscedirungen eintraten, so ist der Grund hierfür unschwer in der damaligen Unkenntniss der Anti- bezw. Asepsis zu finden. Wie fast allenthalben wurde dann in Folge der gerade nach den glänzenden Empfehlungen Lewin's um so herberen Enttäuschung auch in Bonn das Verfahren wieder fallen gelassen.

Erst nach dem Erscheinen der weiteren Mittheilung Lewin's (Berl. klin. Wochenschr. 1876, Nr. 45) wurde die Injectionsmethode von Prof. Doutrelepont einer erneuten Prüfung unterzogen, deren schon wesentlich bessere Resultate von Bertrand[2]) veröffentlicht worden sind.

In den folgenden Jahre wurde dann daraufhin von Doutrelepont eine grössere Reihe von löslichen wie unlöslichen Quecksilbersalzen zur Injection verwandt. Die mehr oder weniger günstigen Ergebnisse sind mitgetheilt von

---

[1]) Merschheim, Inaug.-Diss. Bonn 1868.
[2]) Bertrand, Inaug.-Diss. Bonn 1878.

Doutrelepont,[1]) Bender,[2]) Gerson,[3]) Katzemich,[4]) Ruland[5]) und Schütz.[6])

Die Anwendung des Hydrargyrum salicylicum als Injectionsmittel datirt in der Bonner Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten seit dem Jahre 1888. Ihre Ergebnisse finden sich in den Publicationen von Doutrelepont,[7]) Hahn,[8]) Levi,[9]) Schreuss,[10]) Starke[11]) und Wolters.[12])

Die Vorzüge des Hydrargyrum salicylicum den angewandten andern unlöslichen Hg-Salzen gegenüber waren nun so augenfällige, dass sie Herrn Geheimrath Doutrelepont veranlassten, seiner Verwendung neben der Inunctionscur schon seit längeren Jahren den grössten Raum in der Syphilistherapie zu gewähren. Wolters hat die hierbei massgebenden Gründe dahin kurz zusammengefasst, „dass unter seiner Anwendung die Erscheinungen der Syphilis prompt zurückgingen, wie bei andern Präparaten, dass aber im Gegensatze zu diesen Durchfall, Stomatitis, Nephritis und ähnliche Erscheinungen äusserst selten waren, die Injectionen fast keine Schmerzen machten und vor Allem nennenswerthe, irgendwie belästigende Infiltrate oder Schwellungen kaum vorkamen".

Dass im Allgemeinen die Injection unlöslicher Hg-Salze immer mehr in Ansehen und Gebrauch gekommen ist, beweist zur Genüge, dass ihr unleugbare Vorzüge vor den andern Methoden der Quecksilberanwendung zukommen. Als solche werden genannt: „Schnelle Wirksamkeit, Exactheit, Einfachheit und Bequemlichkeit." (Möller, Arch. f. Derm. u. Syph.,

---

[1]) Doutrelepont, D. med. W. 1888, Nr. 38.
[2]) Bender, Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph. 1888 p. 55.
[3]) Gerson, Inaug.-Diss. Bonn 1888.
[4]) Katzemich, Inaug.-Diss. Bonn 1884.
[5]) Ruland, Inaug.-Diss. Bonn 1888.
[6]) Schütz, D. med. W. 1885.
[7]) Doutrelepont, Verhdl. d. D. derm. Ges. 1889 p. 344.
[8]) Hahn, Arch. f. Derm. u. Syph. 1889 p. 317.
[9]) Levi, Inaug.-Diss. Bonn 1889.
[10]) Schreuss, Inaug.-Diss. Bonn 1889.
[11]) Starke, Inaug.-Diss. Bonn 1893.
[12]) Wolters, Archiv f. Derm. u. Syph., B 32 1895 p. 149 u. B 39 1897 p. 163.

B. 37 (1896, p. 395.) Andererseits ist nicht zu bestreiten, dass auch bei dieser Anwendungsweise des Quecksilbers unangenehme Nebenwirkungen auftreten können. Diese sind grossentheils solche, die dem Quecksilber überhaupt anhaften und also bei jeder Art der Quecksilberanwendung sich einstellen können, dann aber auch solche, die wie die letzthin mehrfach erörterte Lungenembolie der Injectionsmethode allein zukommen.

Die Güte meines hochverehrten Chefs, des Herrn Geheimrath Doutrelepont, hat mir nun gestattet, die in letzterer Hinsicht von ihm an reichlichem klinischen wie poliklinischem Material bis jetzt gemachten Erfahrungen speciell bei Anwendung des Hydrargyrum salicylicum in Kürze mitzutheilen, wobei ich besonders auf die jetzt zur Debatte stehende Frage des Eintretens von Lungenembolien nach Injectionen unlöslicher Hg-Salze Gewicht legen möchte.

In den Jahren 1888—1893 wurden in hiesiger Klinik und Poliklinik insgesammt 4187 Injectionen von Hydrargyrum salicylicum bei 446 Patienten ausgeführt, deren Resultate in den bereits oben genannten Arbeiten veröffentlicht sind.

Von 1893 bis October 1897 betrug die Anzahl der Injectionen von Hydrargyrum salicylicum im Ganzen 4805 bei zusammen 644 Patienten. Klinisch behandelt wurden hiervon 229 Männer und 127 Frauen mit 1813 bezw. 1134 Injectionen, poliklinisch 231 Männer und 57 Frauen mit 1561 bezw. 297 Injectionen. Verwandt wurde eine 10% Suspension von Hydrargyrum salicylicum in Paraffinum liquidum. Die Injectionsmenge betrug 0·06—0·1 Hydrargyrum salicylicum pro Injection in 3—7 tägigen Intervallen. Die Injectionen wurden stets intramusculär in die Nates ausgeführt.

Von störenden Nebenerscheinungen wurden beobachtet: Stomatitis, Enteritis, Fieber, Mattigkeit und längerdauernde Schmerzhaftigkeit der Injectionsstelle ohne objectiven Befund, stärkere Infiltrate an den Injectionsstellen, nervöse Erscheinungen und Complicationen von seiten der Lungen.

Die Fälle von Stomatitis leichtesten Grades habe ich geglaubt unberücksichtigt lassen zu dürfen und zwar insoweit, als dieselben sehr leichte Reizungen des Zahnfleisches dar-

stellten, die eine Fortsetzung der Therapie nicht hinderten und unter der gewöhnlichen Behandlungsweise (Umspülen mit Kali chloric., Hydrogen. superox., Adstringentien, eventuell Pinselung mit Chromsäure, Jodtinctur etc.) trotz weiterer Quecksilbereinverleibung in wenigen Tagen wieder verschwanden.

Als leichtere Stomatitiden bezeichne ich solche, die nur ein ein- bis zweimaliges Aussetzen der Injectionen erforderlich machten, während ich von schwererer Stomatitis dann rede, wenn trotz des Aussetzens der Hg-Therapie bis zur Abheilung derselben geraumere Zeit erforderlich war. Meist schien es in diesen Fällen angezeigt, die Injectionstherapie später durch Inunction zu ersetzen, um bei Wiederauftreten des Processes die Möglichkeit einer schnelleren Sistirung der Quecksilberwirkung in der Hand zu haben.

Die gleiche Erwägung war auch bei den anderen Nebenerscheinungen massgebend, wenn ich bei einem Theil derselben das nachherige definitive Aufgeben der Injectionen hervorhebe.

Die Excision oder Ausräumung des Quecksilberdepôts bei bedrohlichen Intoxicationserscheinungen mag allerdings rationell und unter Umständen absolut indicirt sein. Dieselbe ist jedoch immerhin ein Eingriff, den wohl Jeder seinen Patienten nach Möglichkeit erspart wissen möchte, abgesehen davon, dass die Herde oft sehr schwer zu finden sind, oder man nicht sagen kann, von welchem von ihnen die augenblickliche, bedrohliche Quecksilberwirkung ausgeht.

Bei den mit Injectionen von Hydrargyrum salicylicum behandelten 644 Patienten traten nun, im Mittel nach der 5. Injection, 40 mal Stomatitiden der genannten Art auf (= 6.21% der Patienten, = 0·83% der Injectionen.) Davon entfallen auf die Station 27, auf die Poliklinik 13, auf Männer 22, auf Weiber 18. In 33 Fällen war nur 1—2 maliges Aussetzen der Injectionen erforderlich, während in den übrigen 7 aus dem oben genannten Grunde Inunction eingeleitet wurde.

Wegen Enteritis mercurialis mussten in 5 Fällen die Injectionen aufgegeben werden, während in 11 Fällen nur kurzdauerndes Aussetzen der Injectionstherapie nöthig war. (2,48% der Fälle, 0,33% der Injectionen.) Die Enteritis trat ein nach durchschnittlich 5 Injectionen. In 15 Fällen waren es Männer,

die von dieser Complication befallen wurden, in 1 eine Frau; poliklinisch waren 5 der betr. Patienten behandelt worden.

Bei 7 Männern und 2 Weibern traten im Anschlusse an die Injectionen verschiedentlich stärkere Temperatursteigerungen auf (also 1·4% der Fälle, 0·18% der Injectionen); ein Fall hievon betrifft einen poliklinischen Patienten. Zweimal musste wegen wiederholter Fiebertemperaturen Inunction eingeleitet werden, die keine Temperatursteigerung mehr im Gefolge hatte, während in den übrigen Fällen die späteren Injectionen gut und ohne Fieber vertragen wurden.

Unbestimmte Beschwerden, wie längerdauernde, erhebliche Schmerzhaftigkeit der Injectionsstelle ohne stärkere Infiltrate oder allgemeines Mattigkeitsgefühl ohne objectiv nachweisbare Ursache veranlassten bei 5 Patienten, davon 2 poliklinisch behandelten, 4 Männern und einer Frau, ein Aufgeben der Injectionstherapie (= 0·78% der Fälle, 0·14% der Injectionen).

Stärkere Infiltrate an den Injectionsstellen wurden bei 16 Patienten, davon 2 poliklinischen beobachtet (= 2·48% der Fälle, 0,33% der Injectionen). 14 davon waren Frauen. In sämmtlichen Fällen wurde Inunction eingeleitet.

Stomatitis und Enteritis zugleich, traten ein in 4 Fällen (= 0·62% der Fälle, 0·08% der Injectionen), durchschnittlich nach der 8. Injection, bei je 2 Männern und 2 Frauen, die klinisch behandelt worden waren. In 3 davon erschien spätere Inunction angezeigt.

Stomatitis und stärkeres Infiltrat machten bei einer klinischen Patientin schon nach der 1. Injection ein zeitweiliges Aussetzen der Injectionen nöthig, (= 0·15% der Fälle 0·02% der Injectionen).

Wegen Infiltrate und Enteritis wurden bei 1 klinischen Patienten nach der 8. Injection die Injectionen aufgegeben (= 0·15% der Fälle, 0·02% der Injectionen).

Besonderes Interesse verdienen weiterhin 2 Fälle, in denen sich im Anschlusse an die Injectionen schwere nervöse Störungen einstellten, allein schon deshalb, weil der erste letal endete und auch der zweite einen sehr ernsten Verlauf nahm.

Ich glaube daher, dieselben ausführlicher beschreiben zu müssen, obwohl nicht anzunehmen ist, dass in diesen Fällen

dem Quecksilber und speciell der Anwendungsweise desselben in Form der Injection unlöslicher Salze eine Schuld beizumessen ist.

Der erste dieser Fälle ist bereits von Brauer[1]) veröffentlicht und eingehend bearbeitet worden. Die Krankengeschichte wurde bereits vorher von Wolters mitgetheilt, der diesem Falle das Material für seine letzten Untersuchungen über locale Veränderungen nach intramusculärer Injection von Hydrargyrum salicylicum entnahm.[2])

Es erscheint nöthig, dieselbe hier nochmals anzuführen.

J. J., 24 J. alt, aus W. Patient stammt aus einer gesunden, nicht belasteten Familie; speciell lässt sich von Syphilis, Tuberculose oder nervösen Erkrankungen in der Ascendenz nichts nachweisen. Der Kranke selbst gibt an, bis zu seiner jetzigen Erkrankung nie leidend gewesen zu sein. Gegen Ende August 1895 ungefähr 5 Tage post Coitum, soll im Sulcus coronarius, auf der Glans und auf dem Dorsum penis eine Reihe von Geschwüren aufgetreten sein, die unter Anwendung von Jodoform rasch verheilten. Da einige derselben leicht indurirte Narben hinterliessen und weiterhin regionäre Lymphdrüsenschwellungen auftraten, so wurde vom behandelnden Arzte eine Inunctionscur eingeleitet und 114 gr. Ungt. cin. verbraucht.

Nach 5 wöchentlicher Cur traten Paresen in Armen und Beinen auf, Paraesthesien, Doppelsehen, Sprachstörungen, weshalb die Quecksilberbehandlung aufgegeben wurde. Doppelsehen, sowie Sprachstörung ging zurück, dagegen schwanden die Paresen nicht völlig und es stellten sich vorübergehend sogar Störungen in der Urinentleerung ein.

Da sich bald darauf sehr ausgedehnte Secundaria zeigten, liess sich der Kranke am 8. October in die Klinik aufnehmen. Die nervösen Symptome waren noch in geringem Grade vorhanden.

Der gut genährte Kranke von mittlerer Grösse zeigt keine Störungen des Allgemeinbefindens, kein Fieber, keine Veränderungen in Herz- und Lungenthätigkeit; Urin frei von Zucker und Eiweiss.

Auf der Glans penis nahe dem Orificium urethrae ein beinahe verheiltes Geschwür mit mässig indurirtem Grunde; auf dem Dorsum penis und im sulcus coronarius je eine linsengrosse indurirte Narbe. Es findet sich ferner indolente Drüsenschwellung am ganzen Körper, diffuse Alopecia mässigen Grades.

Auf dem Kopfe finden sich nässende Papeln, ebenso wie am rechten Nasenflügel, ausgesprochen maculöses Exanthem, besonders auf Brust und Bauch. Ziemlich starke Plaques auf den Tonsillen.

[1]) Brauer, Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 13 u. 14.
[2]) Wolters Archiv f. Derm. u. Syph. B. 39, 1897 pag. 163.

Es findet sich weiterhin noch eine leichte Atrophie in der Musculatur der Extremitäten, Schwäche in der Rumpfmusculatur und Herabsetzung der Empfindlichkeit als Reste der früher vorhandenen Symptome vor. Unter Injectionen von 10% Hydrargyrum salicylicum Suspension 0·06, jeden 3.—4. Tag schwanden die luetischen Erscheinungen sehr rasch, so dass nach 6 Injectionen nichts mehr davon nachweislich war. Gleichzeitig aber damit nahm die Mattigkeit und Schlaffheit des Kranken zu, Taubsein der Extremitäten trat ein, und liess eine weitere Verabreichung von Hydrargyrum unthunlich erscheinen. Es wurde Kalijodatlösung verordnet und täglich 2—3 Gr. genommen. Gleichwohl nahmen die nervösen Symptome nicht ab. Es bildete sich ziemlich rasch schlaffe Lähmung und Hypaesthesie an den Extremitätenenden aus; Sehnenreflexe fehlten; des weiteren traten partielle Entartungsreaction und fibrilläre Zuckungen auf. Dazu kamen Störungen in der Urinentleerung, Schwäche der Rumpfmusculatur und Herabsetzung der Empfindlichkeit am ganzen Rumpf. Der Patient wurde zur weiteren Behandlung auf die medicinische Klinik transferirt, wo die Diagnose Polyneuritis bestätigt wurde.

Ueber den weiteren Kranhkeitsverlauf entnehme ich der Arbeit von Brauer Folgendes: „In den nächsten 2 Wochen zeigte sich eine leichte Verschlechterung, die dann zunächst einem Stillstande Platz machte.

Während die Kraft der Arme etwas zunahm, steigerte sich die Schwäche der Beine so sehr, dass Patient nicht mehr stehen konnte. Beim Gehen musste er von beiden Seiten gestützt werden. Es trat ferner Rententio urinae auf, so dass zeitweise Catheterismus nöthig wurde. Dabei klagte Patient beständig über ein Gefühl von Steifigkeit im Gesicht, ohne dass sich jedoch eine deutliche Parese der mimischen Muskeln herausgebildet hatte. Dagegen fand sich bei einer um diese Zeit vorgenommenen quantitativen elektrischen Untersuchung in diesen Muskeln deutliche Ea. R. mit hochgradigster Herabsetzung der Nerven- und Muskelerregbarkeit selbst stärksten faradischen Strömen gegenüber. Die Druckschmerzhaftigkeit der Nerven und Muskeln steigerte sich; es bestand zeitweise deutliches Ischiasphänomen. Die Paresen nahmen mehr und mehr zu. Schon in den letzten Tagen des December zeigte sich, dass Pat. auffallend kurzathmig ist, besonders beim Sprechen. Am 19./I. 1896 stellt sich dann Mittags plötzlich ein Erstickungsanfall ein. Von diesem Moment an wird Zwerchfellähmung constatirt. Nach 3 Tagen geht Patient an der sich hinzu gesellenden doppelseitigen Unterlappenpneumonie zu Grunde.

Die Section bestätigte die beiderseitige Unterlappenpneumonie, liess mehrere auf dem Querschnitt markige, blass geschwellte kleine Drüsen erkennen, ergab im Uebrigen nichts Erwähnenswerthes."

Die von Brauer vorgenommene mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose Polyneuritis.

Wenn nun auch der Beginn der Erkrankung in die Zeit fällt, wo Patient mit Inunction behandelt wurde, so könnte doch die spätere Verschlimmerung und der unglückliche Aus-

gang vielleicht der späteren Hg-Einverleibung in Form der Injectionen von Hydrargyrum salicylicum zugeschrieben werden.

Es wäre also vor allem die Frage zu erörtern, ob überhaupt Quecksilber als das ätiologische Moment anzusprechen ist, und damit befasst sich aufs Eingehendste die oben genannte Arbeit von Brauer. Er führt Folgendes aus:

„Es kommen von allen Schädlichkeiten, die eine Polyneuritis hervorrufen können, nur 2 in Frage, Lues und Quecksilber. (Alkohol, Blei, Infectionskrankheiten waren sicher auszuschliessen.) Ein auf specifisch luetischen Veränderungen beruhendes, peripheres oder centrales Nervenleiden war ebensowenig die Ursache.

Anders steht die Frage, wenn wir im vorliegenden Falle auf eine toxische Wirkung der Syphilis zurückgreifen, analog den degenerativen Processen am peripheren Nervensystem, die nach jeder Infectionskrankheit gelegentlich beobachtet werden.

Charakteristisch für solche Polyneuritiden ist, dass sie mehr oder weniger acut auftreten, die Extremitäten in symmetrischer Weise ergreifen und meist schon sehr bald zur vollen Entwicklung gelangen, um nach verschieden langem Bestande relativ häufig in Heilung überzugehen. Ihr Beginn pflegt in eine Periode zu fallen, in der die ursächliche Erkrankung schon eine Zeit lang abgelaufen ist, oder jedenfalls schon ihren Höhepunkt überschritten hat."

Brauer geht dann auf die Frage über, ob nicht auch die Quecksilbereinwirkung die Krankheit verursachen konnte, und glaubt dies verneinen zu können auf Grund folgender Erwägungen. „Allen bisher als Polyneuritis beschriebenen Fällen gemeinsam ist der ziemlich unvermittelte Beginn der Erkrankung im Anschluss an die Hg-Darreichung. Nur hierauf beruht ihre Beweiskraft für die Annahme einer Polyneuritis mercurialis. Dass diese Fälle, einzeln betrachtet, aber eindeutig wären, kann man nicht behaupten.

Ebensowenig hält B. die experimentellen Stützen dieser Diagnose durch Thierversuche für einwandsfrei.

Er bespricht sodann die klinischen Erscheinungen der gewerblichen und der Medicinal-Hg-Vergiftungen und kommt hierbei zu dem Schlusse, „dass das Krankheitsbild, welches

man sich nach Allem von den Lähmungen bei Hg-Vergifteten zu machen hat, sehr erheblich sowohl von jenen als Polyneuritis mercurialis beschriebenen Fällen, wie von dem hier vorliegenden abweicht". „Dass das Quecksilber allein die Schuld an den vorliegenden Nervenveränderungen trägt, hält B. demnach für unwahrscheinlich, es sei allerdings nicht auszuschliessen, dass die Hg-Einwirkung, indem sie die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetze, der andern Schädlichkeit (den Syphilistoxinen) es ermögliche, leichter denn sonst eine Polyneuritis hervorzurufen".

In Bezug auf den letzten Punkt wäre vielleicht noch daran zu denken, dass in diesem Falle die Wirkung des Quecksilbers nicht ausreichend gewesen wäre; ist es doch, wie u. A. Knaus hervorhebt, eine allbekannte Thatsache, dass die nervösen Affectionen der Secundärperiode in der Regel nur der specifischen Behandlung weichen. (Knaus, Inaug.-Diss. Bern 1894.)

Will man sich nun der Auffassung Brauer's, dass nämlich dem Quecksilber die Schuld nicht beizumessen sei, anschliessen, so ist selbstverständlich jede Vertheidigung der Injectionstherapie in diesem Falle überflüssig.

Aber selbst angenommen, dass dem Quecksilber hier eine verderbliche Rolle zukommt, wer wollte daraus der Methode einen Vorwurf machen? Es kann sich dann naturgemäss nur darum handeln, war Hg-Behandlung überhaupt zulässig, nicht aber darum, welche Anwendungsweise des Quecksilbers gewählt wurde. Hatte sich doch schon bei der von vielen als die sicherste Methode gerühmten Inunction das erste Auftreten von polyneuritischen Erscheinungen nicht vermeiden lassen.

Aehnlich liegen die Verhältnisse in einem anderen Falle, in welchem sich bei einem u. A. mit Injectionen vom Hydrargyrum salicylicum behandelten Patienten nervöse Störungen hochgradigster Art entwickelten.

G. S., 20 J., Student. Keinerlei erbliche Belastung ist nachweisbar, Eltern und sieben Geschwister sind gesund. Patient selbst hat angeblich als Kind an Masern, Diphtherie, Nervenfieber und Scharlach mit anschliessender Nierenentzündung gelitten.

Seit seinem 11. Lebensjahre ist er gesund gewesen bis zur jetzigen Erkrankung.

Anfangs August 1896 inficirte er sich luetisch. Ende August trat dann auf dem inneren Präputialblatt rechts ein indurirtes Geschwür auf. Ende October folgten Secundaria, die in Roseola und Plaques bestanden haben sollen. Patient wurde dann circa drei Wochen lang mit zweimaliger Unterbrechung wegen Stomatitis geschmiert. Ausgesetzt wurde die Inunction, weil sich neben allgemeiner Körperschwäche und nervöser Aufgeregtheit ein ausgedehntes Eczem entwickelte. Patient kam Anfangs November in hiesige poliklinische Behandlung und erhielt 4 Injectionen von Hydrargyrum salicylicum à 0·08.

Da sich daraufhin die Erscheinungen der Schwäche und der nervösen Störungen steigerten, wurde Patient am 5. December in die Klinik aufgenommen.

Patient ist ziemlich schwächlich gebaut, nur mässig genährt und ziemlich anämisch. Fieber besteht nicht; der Urin ist frei von Eiweiss und Zucker. Der ganze Körper des Patienten ist von einem klebrigen, rosafarbenen Schweisse fast beständig bedeckt. Patient gibt an, auch früher schon besonders Nachts geschwitzt zu haben, jedoch sei diese Erscheinung in der jetzigen Stärke erst während seiner letzten Erkrankung aufgetreten. Husten und Auswurf soll nur bei gelegentlichen Erkältungen vorhanden gewesen sein. Auch objectiv ist keine Lungenaffection zu constatiren. Auf Brust und Bauch findet sich ausgedehntes papulöses und vesiculöses, z. T. stark nässendes Eczem und zufolge des intensiven Juckreizes zahlreiche Kratzeffecte. In beiden Axillen zeigen sich Furunkel, die auf Druck Eiter entleeren.

Von luetischen Erscheinungen sind nur mehr vorhanden eine kaum indurirte Narbe am inneren Präputialblatt, multiple Drüsenschwellung, einige in Rückgang begriffene Syphilide an den Lippen und Plaques auf den Tonsillen. Es besteht leichte stomatitische Reizung am Zahnfleisch der mittleren unteren Schneidezähne.

Patient fühlt sich sehr matt und abgeschlagen, ist sehr aufgeregt und klagt über Eingenommensein des Kopfes. Der Stuhlgang ist sehr unregelmässig und wechselt trotz regelmässiger Verabreichung von Ol. Ricini und Carlsbader Salz zwischen bisweilen 2tägiger Verstopfung und heftigen Durchfällen ab.

Die Harnmenge ist entsprechend der starken Schweisssecretion stark vermindert und erfolgt fast nur beim Stuhlgang.

Die Herzdämpfung ist nicht verbreitert, Herztöne sind rein, der Puls regelmässig, aber sehr stark beschleunigt (bis 180). Die Milz ist nicht palpabel, percussorisch nicht vergrössert, ebenso die Leber nicht vergrössert.

Die Reflexe sind normal. In manchen Muskelpartien (Gesicht, Bauch) zeigen sich gelegentlich auftretende Zitterbewegungen.

Die grobe Muskelkraft entspricht dem ziemlich geringen Muskelvolumen.

Die Bewegung der Extremitäten zeigt ganz leichte Ataxie. Die Sensibilität ist nicht gestört.

Patient wurde behandelt mit Kal. jod. 10·0 : 200·0 3 × tgl. 1 Esslfl., Pinselung der Plaques mit 1% Sublimat, Einpudern der eczematösen Stellen. Darauf gingen die noch vorhandenen Reste der luetischen Erscheinungen fast völlig zurück und auch die übrigen Symptome besserten sich etwas, dagegen nahm die Schweisssecretion so zu, dass Patient täglich mehrmaliger Erneuerung der Bettwäsche und des öftern 5—6 Hemden täglich bedurfte. Die fibrillären Zuckungen in den verschiedensten Muskelgebieten steigerten sich, es traten abendliche Temperatursteigerungen (38·8), starke Schwäche, Aufgeregtheit und nächtliche Delirien auf.

Patient wurde nach 8tägigem Aufenthalt in der Klinik der medicinischen Station überwiesen.

Die Erkrankung endete nach monatelangem schweren Krankenlager, während dessen Patient bis zum Skelet abmagerte, in völliger Genesung.

Auch in diesem Falle war es nicht möglich, die Diagnose mit Sicherheit auf Quecksilberintoxication zu stellen; zum Wenigsten zeigten die Erscheinungen des Nervensystems nicht das Bild, welches der Polyneuritis zukommt. Möglich wäre es ja immerhin, dass das Quecksilber unter besonderen Umständen eine in ihren Erscheinungen von dem bisher beschriebenen Symptomencomplex verschiedene Intoxication hervorrufen kann. Der Patient wurde jedoch, wie ich erfahren habe, in der medicinischen Klinik neben der sonstigen Therapie weiter mit Injectionen von Hydrargyrum salicylicum behandelt und dieser Umstand allein scheint mir bei dem allerdings nach langer Zeit erfolgten Ausgang der Erkrankung in Heilung sehr wesentlich gegen die Annahme einer Hg-Intoxication ins Gewicht zu fallen.

Im Uebrigen gilt auch hier das zum Schluss der Besprechung des vorigen Falles Gesagte, da ja die ersten nervösen Symptome auch hier in die Zeit der zuerst angewandten Inunction fallen. In beiden Fällen trifft also die Methode der Quecksilberanwendung (Injection von Hydrargyrum salicylicum) sicher keine Schuld, selbst wenn man die Quecksilbertherapie überhaupt für anfechtbar halten wollte.

Ich komme nunmehr zu den nach Injectionen unlöslicher Hg-Salze gelegentlich auftretenden, auf Embolie zurückgeführten Erscheinungen seitens der Lungen. Diesbezügliche Beobachtungen sind nach dem Vorgange von Lesser,[1] [2] u. [3] veröffentlicht

---

[1] Lesser, Vierteljahresschr. f. Derm. 1888, p. 909.
[2] Lesser, Verhdl. der D. derm. Ges. 1889, p. 315.
[3] Lesser, D. med. W. 1894, p. 764.

von Watraszewsky,[1]) Quinke,[2]) Lindström,[3]) Oedmansson,[4]) Blaschko,[5]) Möller,[6]) und [7]), Harttung[8]), u. [9]), Schulze[10]) und Epstein.[11])

Anklänge an den so vielfach beschriebenen, nicht zu übersehenden Symptomencomplex finden sich in dem mir zur Verfügung stehenden Material nur in folgenden Fällen:

1. C. Sch., 20 J., Magd aus B. Pat. leidet an secundärer Lues und wird deshalb mit Injectionen von Hydrargyrum salicylicum, 0·06 zweimal wöchentlich behandelt.

Nachdem morgens die 6. Injection verabreicht worden war, traten abends bei der sonst stets gesunden, erblich nicht belasteten Patientin unter Schüttelfrost und Fieber (40·2) stechende Schmerzen in der Brust auf. Auf der linken Thoraxhälfte wurde Dämpfung und Bronchialathmen constatirt.

Es zeigten sich dann in den nächsten Tagen immer deutlichere Erscheinungen einer lobären Pneumonie, die nach nicht ganz 2 Wochen unter Schweiss und kritischem Temperaturabfall nachliessen, sich dann auf der rechten Thoraxseite entwickelten, um hier denselben Verlauf zu nehmen.

Nach 5 Wochen wurde die Hg-Behandlung in Form der Inunction wieder aufgenommen und bis zum Verschwinden der luetischen Erscheinungen gut vertragen.

2. O. Au., 27 J., Bierbrauer, auf Wanderschaft.

Kräftiger, hereditär nicht belasteter, früher stets gesunder Patient. An den inneren Organen ist nichts Abnormes nachweisbar. Derselbe wurde wegen secundär luetischer Erscheinungen mit Injectionen von 0·08 Hydrargyrum salicylicum behandelt.

Nach der 2. Injection machte Stomatitis ein kurz dauerndes Aussetzen der Injectionen nöthig, sonst wurden die Injectionen gut vertragen.

2½ Stunden nach der 6. Injection trat plötzlicher Collaps unter Pulslosigkeit, heftiger Dyspnoe und Convulsionen epileptiformer Art bei erhaltenem Bewusstsein auf.

---

[1]) Watraszewsky, Arch. f. Derm. u. Syph. 1889, p. 835.
[2]) Quinke, Berliner klin. Woch. 1890, p. 401.
[3]) Lindström, Med. Rundschau 1890.
[4]) Oedmansson, Nord. med. arkiv. 1891, B. 23, Nr. 23.
[5]) Blaschko, D. med. Woch. 1892, p. 965.
[6]) Möller, Arch. f. Derm. u. Syph. B. 37, 1896, p. 395.
[7]) Möller, Arch. f. Derm. u. Syph. B. 39, 1897, p. 393.
[8]) Harttung, D. med. Wochensch. 1894, p. 600.
[9]) Harttung, Arch. f. Derm. u. Syph. B. 40, 1897, p. 91.
[10]) Schulze, Arch. f. Derm. u. Syph. B. 39, 1897, p. 209.
[11]) Epstein, Arch. f. Derm. u. Syph. 1897, B. 40, p. 262.

Patient erholte sich in wenigen Minuten nach Darreichung von etwas Wein. Objectiv war nichts Abnormes zu constatiren.

Seit einer Woche vorher hatte Appetitlosigkeit bestanden, die auch noch einige Zeit nachher anhielt. Aehnliche Erscheinungen waren weder vorher jemals aufgetreten, noch wiederholten sie sich später.

Patient wurde mit Inunction weiter behandelt.

3. Ch. B., 18 J. alt, Arbeiterin, aus P.

Die kräftig gebaute, sonst stets gesunde, hereditär nicht belastete Patientin wurde wegen secundärer Syphilis mit halbwöchentlichen Injectionen von 0·08 Hydrargyrum salicylicum behandelt.

Nach der morgens verabreichten 3. Injection stellten sich abends Fieber (40·5), Cyanose und leichte Kopfschmerzen ein. Sonstige subjective Beschwerden, sowie objectiver Befund fehlten. Am folgenden Tage war das Allgemeinbefinden wieder ungestört, die Temperatur kehrte zur Norm zurück.

8 Tage später wurden die Injectionen wieder aufgenommen.

Abends zeigten sich wieder Fieber (39·6) und Cyanose bei nicht wesentlich gestörtem Allgemeinbefinden.

3 Tage später wurde Inunction eingeleitet, die gut vertragen wurde.

4. W. M., 29 J. alt, Händler aus H.

Der kräftig gebaute, erblich nicht belastete, früher stets gesunde Patient zeigt keine nachweisbare Erkrankung innerer Organe. Wegen secundärer Lues wurde er poliklinisch mit 16 Injectionen Hydrargyrum salicylicum à 0·08 behandelt.

Im Anschlusse an die letzte Injection tritt sofort kolossaler Husten auf. Es bestehen heftige stechende Schmerzen in der linken Lunge, leichte Cyanose und Schwindelgefühl.

Genaue physikalische Untersuchung ergibt nichts Abnormes. Bei Flachlagerung vermindern sich die Erscheinungen. Patient geht nach ½ Stunde nach Hause. Der Hustenreiz dauerte schwächer fort, angeblich mehrere Stunden. Am folgenden Tage wichen die Erscheinungen völlig und stellte sich wieder absolutes Wohlbefinden ein.

Für eine grosse Anzahl der in oben genannter Literatur veröffentlichten Fälle ist es wohl zweifellos, dass dieselben auf eine durch die Injection veranlasste Lungenembolie zurückzuführen sind.

Die Möglichkeit dieser Entstehungsweise ist ausserdem von Möller experimentell sichergestellt worden.

Ob man dieselbe aber bei allen als Lungenembolie beschriebenen Fällen ohne Weiteres gelten lassen soll, erscheint mir fraglich.

Die Diagnose „Lungenembolie" ist nur dann mit Sicherheit zu stellen, wenn sich die Lungenerscheinungen fast un-

mittelbar der Injection anschliessen, denn es ist mir unerfindlich, wie sich das Zustandekommen der Embolie nach dem Hineingelangen der Injectionsmasse in die Blutbahn um mehr als Minuten verzögern könnte, man müsste denn annehmen, dass in Folge der durch die Injection bewirkten Gewebszertrümmerung und Gefässzerreissung auch später noch der Uebertritt von Injectionsmaterial in die Blutbahn erfolgen könne (Lang,[1]) eine Annahme, die von Möller schon genügend widerlegt ist.

Durch gelegentliche Sectionsbefunde von Embolien, die im Leben nie Erscheinungen gemacht hatten, ist nun allerdings festgestellt, dass eine Lungenembolie völlig symptomlos verlaufen kann.

Es wäre also die Möglichkeit gegeben, dass in Folge einer Injection sofort eine Lungenembolie zustandekommt, ohne jedoch zunächst Erscheinungen zu machen und dass die sich später einstellenden Lungensymptome weniger Aeusserung der Embolie, als vielleicht der Wirkung des im Embolus enthaltenen Quecksilbers sind.

Denn nach den Untersuchungen von Möller „verursacht ein Embolus von Hg-Salz ausser der einfachen Infarctbildung (wie z. B. bei Paraffinembolie) eine recht bedeutende Irritation, wodurch exsudative Processe von vornherein überwiegen, und grössere oder kleinere hämatogene pneumonische Herde resultiren".

Oder aber die Embolie ist insofern das Primäre, als die entstehende Circulationsstörung die secundäre Entstehung eines pneumonischen Herdes auf bakterieller Basis begünstigt.

Jedoch wie sollte es möglich sein, gegebenen Falls eine derartige Entstehung eines pneumonischen Herdes von einer unabhängig von der Injection auftretenden Bronchopneumonie zu unterscheiden?

Allein schon aus diesem Grunde möchte ich von den von mir oben angeführten Fällen nur den 4. als unzweifelhafte Lungenembolie ansehen.

Was nun die Vermeidung der Gefahr einer Lungenembolie anbetrifft, so ist in hiesiger Klinik das Lesser'sche Ver-

---

[1]) Lang, Vorles. über Pathol. u. Therap. d. Syph. 1896, p. 817.

fahren (Abnehmen der Spritze von der Canüle und Abwarten, ob eine Blutung aus der Canüle erfolgt), seit Langem fast ausnahmslos geübt worden, und ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich grösstentheils darauf das verhältnismässig seltene Vorkommen dieser gewiss recht unangenehmen Complication bei unsern Patienten zurückführe.

Starke beschreibt aus den Jahren 1889—1893 ebenfalls nur einen Fall von Lungenembolie, so dass also in der Bonner Dermatologischen Klinik bei rund 9000 Injectionen nur zweimal eine unzweifelhafte Lungenembolie beobachtet worden ist.

Wenn also von Grimm (die Behandlung der Syphilis, Berlin 1896) anscheinend allerdings nur schätzungsweise angenommen wird, dass bei etwa 20% der Injectionen eine Lungenembolie eintritt, so trifft diese Voraussetzung jedenfalls bei unsern Fällen im Entferntesten nicht zu.

Die Injectionen wurden bei uns zudem stets am stehenden Patienten ausgeführt, was vielleicht noch den Austritt von Blut aus der Canüle, wenn sich die Spitze derselben in einem Gefässlumen befindet, erleichtern mag.

Vor Allem möchte ich die Thatsache hervorheben, dass bei dieser Injectionstechnik ein Ausfliessen von dunklem venösem Blut aus der Canüle, oder wenigstens eine verdächtige Hervorwölbung der in der Canüle befindlichen Injectionsflüssigkeit (die Canüle wird zur Vermeidung von Lufteintritt stets in gefültem Zustande eingestochen) nicht nur nicht selten ist, sondern dass es gelegentlich nöthig werden kann, auf diese Indication hin die eingestossene Canüle selbst mehrmals wieder herauszuziehen.

Ich stehe nun nicht an, die Möglichkeit absolut zuzugeben, dass keine Blutung erfolgt, trotzdem sich die Canüle im Venenlumen befindet, einmal dann, wenn sich die schlitzförmige Oeffnung der Canüle der Gefässwand anlegt, dann auch, wenn die Canüle, in der Stromrichtung des Blutes eingestochen das Gefässlumen ganz oder fast ganz ausfüllt.

Auf der andern Seite jedoch bin ich der festen Ueberzeugung, dass in einer grossen Anzahl der Fälle, wo eine Blutung aus der Canüle erfolgt war, wenn nicht in allen, sicher

eine Lungenembolie eingetreten wäre, wenn die Injection trotzdem stattgefunden hätte, oder mit andern Worten: Mit Hilfe der Lesser'schen Methode ist die Gefahr einer Lungenembolie, wenn auch nicht absolut zu vermeiden, so doch auf ein Minimum zu beschränken.

Harttung hat nun, ausgehend von der theoretischen Erwägung, dass eine Blutung nicht erfolgen müsse, wenn die Canüle der Blutrichtung entsprechend in eine Vene eingestochen würde („der Blutstrom würde an der Canüle vorübergehen, und der Blutdruck nicht so gross sein, um nach rückwärts die vielen Widerstände in einer relativ engen Canüle zu überwinden"), eine Anzahl Versuche beim Kaninchen und beim Menschen angestellt und dabei seine Vermuthung bestätigt gefunden.

Abgesehen davon, dass mir die obigen Erwägungen nicht einwandsfrei erschienen, waren mir diese Resultate allein schon im Hinblick auf den erwähnten häufigen positiven Ausfall der Probe in praxi recht befremdend.

Ich habe daraufhin eine ziemlich enge Canüle, wie sie bei uns zu Injectionen benutzt wird, sowohl leer, als mit Paraffin gefüllt, einem Kaninchen in die freipräparirte Vena saphena centrifugal und centripetal eingestochen und jedesmal prompt eine Blutung erfolgen sehen.

Die hieraus zu ziehende praktische Consequenz ergibt sich von selbst und ich glaube daher die von uns geübte Injectionstechnik als die sicherste zur Vermeidung einer Lungenembolie empfehlen zu können.

Die von Harttung bei diesem Verfahren gefürchtete Luftembolie kann, wie ich annehme, auch von einem Ungeübten leicht vermieden werden, wenn man die Vorsicht gebraucht, Spritze und Canüle durch vorheriges Hinaufdrücken der Injectionsflüssigkeit von Luftblasen zu befreien. Ein Eintritt von Luft in die Canüle während des Abnehmens der Spritze dürfte wohl kaum zu erwarten sein.

Die vielleicht unvermeidlichen, seltenen Fälle von Lungenembolie können bei dem anscheinend in der Regel absolut harmlosen Verlaufe derselben kaum ernstlich gegen die Methode ins Feld geführt werden.

Allerdings berechtigt nun auch nach meiner Ansicht der bisher beobachtete gute Ausgang dieser Complication nicht dazu, „dieselbe ruhig in den Kauf zu nehmen", zumal da durch die Versuche von Grimm (s. Literatur-Angabe oben) nachgewiesen ist, „dass ein gut Theil der Emboli die Lungen passiren und mit dem grossen Kreislauf in sämmtliche Organe verschleppt werden kann, um hier ebenfalls Gefässverstopfung und deren Folgen hervorzurufen", eine Beobachtung, die sicher dazu auffordert, zu versuchen, mit allen Mitteln das Eintreten dieser Eventualität zu verhüten.

Wenn aber Grimm glaubt, die intramusculären Injectionen ungelöster Quecksilberpräparate deshalb als irrationell verwerfen zu müssen, so scheint mir diese Folgerung von gar zu grosser Vorliebe für gelöste Hg-Präparate dictirt zu sein, abgesehen davon, dass sie, wie oben erwähnt, auf der Annahme eines viel zu hochgegriffenen Procentsatzes von Lungenembolien bei Injection ungelöster Hg-Salze basirt.

Meines Wissens hat Möller diese Complication am häufigsten beobachtet, und zwar kommt in seiner Statistik auf 89 Injectionen eine Lungenembolie.

Indessen erklärt sich dieser hohe Procentsatz, wie Möller später selbst zugibt, leicht durch die von ihm gewählte ungünstige Injectionsstelle. Die übrigen Autoren erwähnen dieselbe als relative Seltenheit, manche, wie z. B. Lang, haben sie niemals beobachtet.

Warum sollte also diese eventuelle Complication allein schon Grund genug sein, ein Verfahren als irrationell fallen zu lassen, dem auch wohl abgesehen von seiner „Bequemlichkeit" unbestreitbare Vorzüge zukommen? Sind doch auch die gewiss nicht gleichgiltigen Schattenseiten bei der Injection löslicher Hg-Salze, wie die intensive Schmerzhaftigkeit, die stärkere Infiltrationsbildung und häufigere Abscedirung den Anhängern dieser Methode nicht hinreichend, sie zu verlassen.

Ein Vorzug der subcutanen Injection unlöslicher Quecksilbersalze der intramusculären gegenüber scheint mir ferner hinsichtlich der Vermeidung der Gefahr einer Lungenembolie nicht zu bestehen, da ja von vornherein bei jener ebensowenig,

wie bei dieser das Anstechen einer Vene vermieden werden kann.

Epstein[1]) berichtet von 7 Fällen von Lungenembolie bei 8292 subcutanen Injectionen, also von einem mehr als 3mal so hohen Procentsatze, wie bei unseren intramusculären Injectionen.

Wesentlich und zwar eigentlich selbstverständlich ist es, bei der Wahl der Injectionsstelle die Nähe der grossen Gefässe zu vermeiden (cf. Möller, Arch. f. D. u. S. 1897, p. 392) und einzig aus diesem Grunde wurden auch von uns die obern äussern Quadranten der Glutäalgegenden, die Epstein als Injectionsstelle anführt, stets bevorzugt. Abgegangen wurde von dieser Regel ausnahmsweise nur dann, wenn ausgedehntere Infiltrate eine weitere Injection in dieser Gegend unthunlich erscheinen liessen.

Blaschko[2]) empfiehlt den Stempel der Spritze nicht mit einem Male, sondern in mehreren kleinen Schüben vorzustossen, so, dass selbst für den Fall, dass die Injection direct in die Blutbahn geschieht, immer nur minimale Mengen Paraffin (0·1—0·2) hineingerathen und zwischendurch grössere Blutmengen das Gefäss passiren.

Sollte aber wohl diese Menge nicht auch schon hinlänglich genügen, um ein kleines Lungenarterienästchen zu verstopfen?

Dagegen ist ein langsames, nicht stossweises Vorschieben des Spritzenstempels sicher empfehlenswerth, um die unvermeidliche Zerreissung von Muskelgewebe nach Möglichkeit einzuschränken.

Um nun nochmals auf die Frage, intramusculäre oder subcutane Injection, die gerade gelegentlich der Besprechung der Lungenembolie mehrfach zu Gunsten der subcutanen Applicationsweise entschieden worden ist, zurückzukommen, so stehen unsere Resultate bei der intramusculären Einverleibung dazu, wie gesagt in ziemlichem Gegensatz.

Ebenso sprechen unsere Erfahrungen bezüglich des Entstehens grösserer Infiltrate entschieden zu Gunsten der intramusculären Injection.

---

[1]) Epstein, Arch. f. Derm. u. Syph. 1897, p. 262.
[2]) D. med. W. 1892 p. 966.

Dieselben traten nämlich ausnahmslos bei Personen mit stärkerem Panniculus adiposus auf, also vorwiegend bei Frauen, und somit in Fällen, bei denen gewissermassen unabsichtlich die Injection subcutan erfolgte.

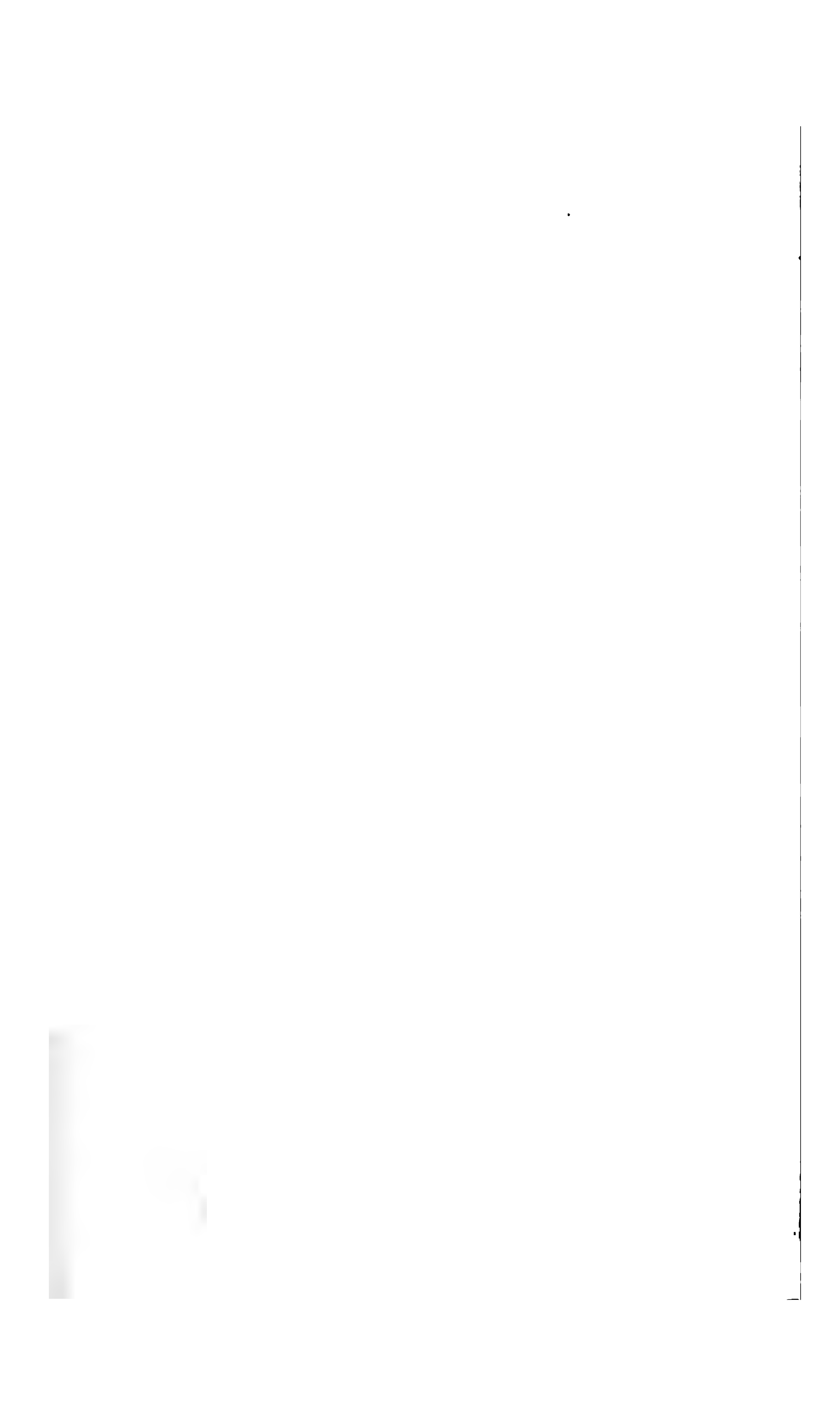
Zu vermeiden ist diese Complication entweder durch Verwendung einer längeren Canüle, oder bei weniger hochgradiger Adipositas schon dadurch, dass die Canüle soweit eingedrückt wird, dass ihr Ansatz tief in einer muldenförmigen Einsenkung der Haut liegt, mithin die Spitze sich sicher im Muskelgewebe befindet.

Was die übrigen Nebenerscheinungen bei der intramusculären Injection von Hydrargyrum salicylicum anbetrifft, so beweisen die oben angeführten relativ niedrigen Zahlen, dass bei richtiger Anwendung und geeigneter Technik diese Methode der Quecksilbereinverleibung es sehr wohl verdient, eine noch ausgedehntere Anwendung zu finden, besonders da, wo aus äussern Gründen eine andere, ebenso wirksame Applicationsweise von Quecksilber schlecht oder gar nicht ausführbar erscheint.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

Sternberg, George M. The Etiology and classification of Infections Diseases. — The American Journal of the Medical Sciences. Philadelphia, December 1896.

Ein ausführlicher Bericht über die Aetiologie und Classificirung ansteckender Krankheiten, welchen Sternberg vor der New-York Academy of Medicine als „Westley barpenter Lecture" lieferte, der aber nichts wesentlich Neues bietet. Louis Heitzmann (New-York).

Faulds, W. H. Some Thoughts on the Origin and Spread of Contagious Disease. — The Medical News, New-York. Vol. 69, Nr. 13, 1896.

Faulds beschreibt die jetzt allgemein anerkannten Ursachen der Verbreitung ansteckender Krankheiten und die Mittel zur Verhütung derselben, ohne etwas Neues zu bieten.

Louis Heitzmann (New-York).

Ekehorn, G. Ungewöhnliche Form von Infection der Haut und Unterhaut mit tödtlichem Ausgange. Upsala, Läkareförenings förhandlinger. Neue Folge, B. 2 p. 207 (mit 2 Tafeln).

Ekehorn beobachtete bei einem 5-jährigen Knaben eine ungewöhnliche Krankheit, die von Anfang August 1895 bis 25. August 1896 dauerte und mit dem Tod endete. — Anfang August entstand subcutan in der linken Backe ein kleiner, harter, unempfindlicher Knoten, der rasch die Cutis angriff und nach einem Monate die ganze Backe vom Ohr bis zum Mundwinkel einnahm. Fieber trat am 12. Sept. ein und hörte während des ganzen Verlaufes nur ganz ausnahmsweise auf. Die Backe war bedeutend angeschwollen, unempfindlich, schwach röthlich gefärbt, „brett" hart. Schleimhäute und innere Organe gesund. Später entstanden neue solche Infiltrate am Kinn, hinter dem rechten Ohre, dem linken Kieferrand entlang, in der linken Backe, an den Extremitäten, am Bauche. Die meisten fingen subcutan, einige cutan an, sie verbreiteten sich ziemlich langsam, einige zeigten später in der Mitte eine Resorption,

bildeten somit nach einiger Zeit einen Infiltrationswall mit normalem oder pigmentirtem Centrum. Nach Einschnitt zerfiel das subcutane Gewebe nekrotisch, es wurde langsam ausgestossen und Heilung mit Narbenbildung trat langsam ein.

Mikroskopische Untersuchung zeigte nur starke Zellinfiltration der ganzen Haut und Subcutis, besonders um die Gefässe herum, zahlreiche Mastzellen, vermehrte Pigmentirung. An der oberen Grenze der Subcutis kleine entartete Partien. Miculicz'sche Zellen nicht sicher nachgewiesen.

In nicht früher geöffneten Infiltraten fand Ekehorn nur eine Bakterienart, einen Diplo- oder Streptobacillus, in Schnitten mittelst Gram, im Gewebesaft auch mit allen anderen gewöhnlichen Färbemethoden leicht darstellbar. Er war sowohl im Gewebe wie in Cultur von einer klaren, homogenen Masse wie von einer Kapsel umgeben. Lage der Bacillen extracellulär. Züchtung von excidirten Gewebsstückchen aus gelang leicht auf allen Nährsubstraten bei Zimmertemperatur. Blutserum und Gelatine wurden nicht verflüssigt. Er war für Kaninchen und Mäuse nicht deutlich pathogen.

Auf die grosse Aehnlichkeit in klinischer wie in pathologisch-anatomischer, besonders aber in bakteriologischer Hinsicht, die der beschriebene Fall mit Rhinosclerom zeigt, sich berufend, glaubt Ekehorn, dass der Fall als dem Rhinosclerom nahestehend angesehen werden muss, oder dass er vielleicht eine früher nicht beschriebene, acute disseminirte Form dieser Krankheit darstelle. E. Sederholm (Stockholm).

Mütze. Beitrag zur Kenntniss des Molluscum contagiosum der Lider. (Arch. f. Augenh. von Knapp-Schweiger. Band 33, Seite 502.)

Mütze beobachtete drei Fälle von Molluscum contagiosum an den Augenlidern; sowohl den Inhalt als auch die exstirpirten Tumoren untersuchte er histologisch und theilt ausführliche Beschreibungen derselben nebst 2 Abbildungen mit. Die Geschwülstchen sassen an den freien Lidrändern, zweimal am Unter-, einmal am Oberlid, waren halberbsen- bis erbsengross und unterhielten einen lästigen chronischen Bindehautkatarrh, welcher in allen drei Fällen nach Exstirpation der Geschwulst heilte. Ob die am Lidrande sitzende Geschwulst durch den localen Reiz oder ob das mit den Fingern in den Bindehaut-Sack geriebene Secret der Geschwulst den Bindehautkatarrh hervorruft, will Mütze nicht entscheiden. Er anerkennt die Contagiosität der Geschwulst gleich Batemann, Pick, Mittendorf u. A. und huldigt bezüglich der Entstehung der Geschwulst auf Grund seiner anatomischen Befunde der Ansicht von Bizzozero, Neisser, Kromayer u. A., welche dieselbe direct aus dem Oberflächenepithel entstehen lassen. Mütze sah in einer Anzahl von Schnitten neben dem eigentlichen Tumor „starke Wucherungen, hauptsächlich der unteren Epithelschichten, so dass die Papillen zwischen den einzelnen Einsenkungen eingeengt erschienen". „Die Molluscumkörperchen sind als Zerfallsproducte der durch das Contagium verursachten eigenthümlichen De-

generation der Epithelzellen zu betrachten." „Die Degeneration beginnt im Protoplasma der Zelle selbst und nicht im Zellkerne." Bezüglich des Contagiums selbst gibt die Arbeit keinen befriedigenden Aufschluss. Mütze hält jedoch die Ansicht, dass die Moluscumkörperchen selbst die Parasiten seien, für entschieden unbewiesen. Camill Hirsch (Prag).

Packard, Francis R. Scarlatiniform Eruptions following Operation or Traumatism. The Medical News, Vol. 70, Nr. 8, 1897.

Packard beschreibt zwei Fälle eines scharlachartigen Ausschlages, welcher sich einige Zeit nach einer Operation mit hohem Fieber entwickelte, aber in 2 bis 3 Tagen ohne nachherige Abschuppung wieder verschwand. An der Hand dieser Fälle gibt er eine Zusammenstellung derartiger Fälle aus der Literatur. Von Scharlach kann hier wohl nicht die Rede sein, wenngleich die ersten Symptome eine solche Diagnose rechtfertigen würden. Louis Heitzmann (New-York).

Goodall, E. W. and **Washbourn**, J. W. On the incubation period of varicella. The Brit. Med. Journ. 19. Sept. 1896.

Goodall und Washbourn kommen zu dem Schlusse, dass die Incubationszeit der Varicellen niemals kürzer als 12 Tage ist, bisweilen 19 Tage, und durchschnittlich mehr als 14 Tage beträgt.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Voigt. Die Pocken vor und nach Jenner. Vortrag, gehalten am 5. Mai 1896 in der Fetzsitzung des ärztlichen Vereines zu Hamburg zur Feier des 100jährigen Gedenktages der ersten Kuhpockenimpfung. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XXII.

Der Vortrag Voigt's stellt eine kurze Uebersicht dar über die Entwicklung der Schutzpockenimpfung, von der schon in alten Zeiten ausgeführten Inoculation bis zur Vaccination durch Thierlymphe. Statistische Daten aus der Zeit vor und nach allgemeiner Durchführung der Vaccination beweisen die segensreichen Erfolge der Entdeckung Jenner's.

Ludwig Waelsch (Prag).

Davies, G. S. On a case of recurrent small-pox. The Brit. Med. Journ. 10. Oct. 1896.

Davies theilt einen Fall echter Pocken mit, der am 17. November 1887 mit gut entwickeltem Ausschlag ins Hospital kam und daselbst, nachdem noch einmal initiale Symptome vorangegangen waren, einen zweiten Schub typischer Papeln bekam, die den üblichen Verlauf zum Bläschen und zur Pustel durchmachten. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Newsholme, Arthur. On a doubtful case of recurrent small-pox. The Brit. Med. Journ. 10. Oct. 1896.

Newsholme berichtet einen Fall von Relaps bei echten Pocken. Dass solche Relapse vorkommen, ist bisher meist übersehen worden.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Robinson, E. Small-Pox and Vaccination in Guernsey. The Brit. Med. Journ. 2. Mai 1896.

Robinson berichtet über eine Pockenepidemie auf der Insel Guernsey, die im December 1894 begann und bis 17. Februar 1895 dauerte. Die Krankheit war von St. Malo eingeschleppt. Obwohl auf der Insel seit 40 Jahren ein Gesetz besteht, das Zwangsimpfung der Kinder anordnet, war es doch nie durchgeführt worden, so dass de facto nur die Kinder der besser situirten Classen geimpft waren. Dennoch gelang es, die Krankheit einzuschränken, da ein sofort erlassenes Gesetz, das nun auch befolgt wurde, Zwangsimpfung der Bevölkerung auferlegte. So kam es, dass trotz der dichten Bevölkerung von 35.000 Menschen nur 41 ergriffen wurden. Von diesen 41 Fällen endeten 4 mit Tod. Drei von den Gestorbenen waren ungeimpft, die vierte — eine Prostituirte, die ausserdem durch Excesse herabgekommen war — war erst 3 Tage vor dem Initialfieber geimpft. Von den ganzen Fällen waren 24 nicht geimpft, 15 geimpft, über 2 steht nichts sicheres fest. Unter die nicht geimpften Fälle sind 7 gerechnet, die erst während des Incubationsstadiums geimpft wurden. Von diesen endete einer, wie erwähnt, tödtlich; die anderen 6 machten einen sehr milden Krankheitsverlauf durch, wodurch die Wirksamkeit, auch so spät ausgeführter Vaccination, klar hervortritt. Von den revaccinirten Personen erkrankte nur 1, die erst im Incubationsstadium geimpft wurde. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Robinson, Frank. The prodromal eruptions of small-pox. The Lancet 16. Mai 1896.

Prodromalausschläge bei Pocken sah Robinson unter 220 Fällen, die er im Winter 1893—94 im Bradforder Gemeinde-Pockenhospitale behandelte, 25mal. Obwohl diese Exantheme gewöhnlich als nur von kurzer Dauer beschrieben werden, sah Verf. sie noch am 6., 7. und 8. Krankheitstage, wobei sich seltsamer Weise die erythematöse Form als die persistentere erwies. Mehrere Male fanden sich gleichzeitig Erythem und Haemorrhagie. Das Erythem ähnelte Masern und Scharlach und war bei 10 Fällen zugegen. Die masernähnliche Form war gewöhnlich ziemlich reichlich, fand sich mit Vorliebe auf den Armen, weniger häufig am Rumpfe und den Beinen und nur ein Mal im Gesichte. Die scharlachähnliche Form fand sich am häufigsten auf dem Abdomen. Das Erythem ging nach 2—3 Tagen in ein dunkles Gelb über und verschwand am 4.—9. Krankheitstage. Subcutane Haemorrhagien fanden sich 18 mal in Gestalt zahlreicher Petechien, die auf eine verhältnissmässig kleine Hautzone beschränkt waren. Sie sassen mit Vorliebe am unteren Theile des Abdomen und an der inneren Schenkelfläche, einige Male auch auf Stamm und Oberarmen. Der späteste Termin, an dem Petechien noch erkennbar waren, war der 7. Krankheitstag. Diese initialen Ausschläge bevorzugen kein bestimmtes Lebensalter. Merkwürdiger Weise waren von den 25 Fällen 23 vaccinirt (also 92%). Alfred Sternthal (Braunschweig.)

Sheen, Alfred. On an outbreak of small-pox at the workhouse, Cardiff. The Brit. Med. Journ. 4. April 1896.

Sheen beobachtete im Arbeitshause zu Cardiff eine Pockenendemie von 21 Fällen, deren erster am 10. Januar beobachtet wurde, während

der letzte am 21. März 1896 zur Wahrnehmung kam. Das Incubationsstadium in diesen Fällen betrug 10—17 Tage. Von den 450 männlichen Insassen des Arbeitshauses wurden 200 revaccinirt und diese blieben von den Pocken verschont. Nur solche Insassen erkrankten, welche die Revaccination nicht erlaubten oder sich ihr entzogen. Die Quelle der Infection liess sich nicht auffinden. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Schaefer, Th. W. The Vaccination Erysipelas of Authors. Journal of cutaneous and Genito-urinary diseases 1896. Nr. 10.

Der Angabe Strümpell's gegenüber, wonach incidentelle Complicationen im Gefolge einer Vaccination selten unterlaufen, bemerkt Schaefer, dass die Vaccination nicht ganz so frei von Gefahren ist und oft von ganz intensiven Entzündungs-Erscheinungen und Malaise begleitet ist, welche in der Regel auf Secundäraffection beruhen. Dieselbe findet zumeist zur Zeit der vollen Pustelbildung statt durch traumatische Reizung; zuweilen aber auch directe einzeitig mit der Vaccination, mittelst unreiner Instrumente oder Lymphe. — Die nicht so seltenen erythematösen, papulösen oder papulo-vesiculären Eruptionen sind in der Regel von kurzer Dauer; die entzündlichen örtlichen Phänomene dagegen sind von längerer Dauer und enden mit der Ablösung eines nekrotischen Hautstückes. Der Verf. empfiehlt pedantische Reinlichkeit bei der Impfung und während der ganzen Dauer der Vaccination.

Lustgarten (New-York).

Paschen, E. Humanisirte und animale Vaccine. Vortrag, gehalten am 5. Mai 1896 in der Festsitzung des ärztlichen Vereines zu Hamburg. Monatshefte für prakt. Dermatologie, Bd. XXII.

Paschen schildert in grossen Zügen die allmälige Entwickelung der Impfung mit animaler Vaccine, welche die Gefahren der Impfung von Mensch zu Mensch, eine Hauptwaffe der Impfgegner, vermeiden liess.

Ludwig Waelsch (Prag).

Riether, G. Ein Fall von reichlicher Entwicklung von Vaccinepusteln auf dem Boden eines Kopf- und Gesichtseczems. Wiener klin. Wochenschrift, 1896. Nr. 44.

Bei einem 7 Monate alten Säugling, der mit einem Eczem der Kopf- und Gesichtshaut behaftet ist, treten, wahrscheinlich durch den Contact mit einem kurz zuvor erfolgreich geimpften Kinde verursacht, zahlreiche Vaccinepusteln im Bereiche der eczematös erkrankten Hautpartien auf. Riether verwirft den Brauch, in solchen Fällen von generalisirter Vaccine zu sprechen, welche Bezeichnung nur den von innen heraus entstandenen Impfexanthemen zu geben sei, und schlägt für seinen Fall, sowie für die in der Literatur vorfindlichen 4 Fälle von reichlicher Entwicklung von Impfpusteln auf einer nicht mehr intacten Haut in Folge directer oder indirecter Uebertragung des Vaccinecontagiums auf dieselbe — den Namen Vaccinia oder Vaccinose vor.

Ernst Liebitzky (Prag).

Widowitz, J. Ein Fall von generalisirter Vaccine (?). (Wiener klinische Wochenschrift 1896, Nr. 51.)

Bei einem 14 Monate alten Kinde, das die Reste eines chronischen, schuppenden Ekzems aufweist, kommt es, obwohl die Impfung auf gesunder Haut, mittelst ganz kleiner Impfschnitte und minimaler Lymphmenge vorgenommen wurde, zu generalisirter Vaccine. Sämmtliche Vaccinepusteln, darunter solche am untern Augenlid und an der Mundschleimhaut, brachen gleichzeitig mit den Impfpusteln hervor. Es scheinen also in diesem Falle die Vaccineerreger durch die Lymph- und Blutbahnen von der Impfstelle an den Ort der Entstehung der Vaccinepusteln gelangt zu sein und es wäre der ekzematös erkrankten Haut nur eine erhöhte Disposition für die Ausbreitung der Vaccinepusteln zuzusprechen. Da das Leben des Kindes eine Woche lang ernstlich bedroht war, warnt Widowitz davor, ekzematöse Kinder, wenn sie auch nur Spuren der Krankheit zeigen, zu impfen. Ernst Liebitzky (Prag).

Küttner, H. Zur Tuberculose der äusseren weiblichen Genitalien. Brun's Beiträge zur klin. Chirurgie 1896. XVII. Bd. II. Heft. p. 533—536.

Im Anschluss an Schenk's Fall von primärer Genitaltuberculose bei einem Kinde (dasselbe Heft pag. 526) berichtet Küttner über eine ähnliche Beobachtung bei einem 6jährigen Mädchen. Dieselbe begann im dritten Lebensjahre mit Drüsenanschwellung der rechten Leistenbeuge, führte zu 2 Jahre dauernd Eiterung hierselbst mit entzündlicher Röthung der Umgebung, die keiner Therapie wich. Später dehnte sich der Process allmälig weiter aus, vornehmlich über die Genitalien.

Die rechte grosse Schamlippe erscheint am 31. Juli 1896 derb infiltrirt, die oberen zwei Drittel derselben sind von einem unreinen mit grauweissen Massen belegten Geschwür eingenommen, dessen Ränder zackig und etwas derber sind. Ausserdem fanden sich mehrere kleine Ulcera auf den unteren Partien des Mons veneris, am Präputium clitoridis und am obersten Theile der l. grossen Schamlippe. Kein Ausfluss aus der Scheide. Schwellung der Inguinaldrüsen beiderseits. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes vom Rande des Geschwürs ergibt Tuberculose.

Die Exstirpation der gesammten Ulcerationen und der tuberculös erkrankten Lymphdrüsen führte zu dauernder Heilung.

Küttner ist der Meinung, dass auch in diesem Falle wahrscheinlich ein Fall primärer Tuberculose der äusseren Genitalien vorliegt, da keine Anzeichen anderweitiger Tuberculose sich nachweisen liessen und die zuerst bemerkte Inguinaldrüsenerkrankung das unscheinbare primäre Ulcus der Genitalien übersehen liess.

Dass bei Kindern fast ausschliesslich primäre Tuberculose der äusseren Genitalien beobachtet wird, mag in der ausserordentlichen Zartheit dieser Organe im kindlichen Alter seinen Grund haben, wo leicht durch kleine oberflächliche Epithelverluste eine directe Infection mit Tuberkelbacillen durch die Berührung mit verunreinigten Kleidungsstücken etc. entstehen kann. Ed. Pietrzikowski (Prag).

Schenk, Ferdinand. Tuberculose der äusseren weiblichen Genitalien. Brun's Beiträge zur klin. Chirurgie 1896, XVII. Bd. II. Heft. p. 526.

Der Fall, den Schenk mittheilt, ist namentlich deshalb bemerkenswerth, weil er offenbar zu den sehr seltenen durch primäre Contactinfection entstandenen tuberculösen Erkrankungen der weiblichen äusseren Genitalien zugerechnet werden muss. Als sicher erwiesene primäre Fälle tuberculöser Erkrankung der äusseren Genitalien lassen sich bislang nur 2 Fälle Demme's (Wiener med. Bltt. 1887) im Kindesalter ansprechen, während die Zahl der secundären Form der Tuberculose, in Begleitung mehrerer tuberculöser Herde im Körper eine ziemlich beträchtliche ist.

Schenk's Fall betraf ein 4½jähr. Mädchen, gesunder Abstammung das im Feber 1894 Masern und im Mai Keuchhusten durchmachte, zugleich mit einer Schwester, bei der sich an den Keuchhusten angeblich eine Lungenentzündung (Phthise?) anschloss, der sie schliesslich erlag. Mit dieser Schwester, sowie mit einem Nachbarkinde. welches an Lungentuberculose starb, hat Patientin viel verkehrt. Im September 1894 trat Schwellung der linksseitigen Leistendrüsen auf, in der Gegend der Clitoris ein kleines Geschwürchen, das als nicht luetisch sicher festgestellt wurde. (Prof. F. J. Pick.) Die inzwischen auftretende Abscedirung in der rechten Leistengegend machte eine Incision nothwendig. Im October trat beträchtliche Anschwellung beider grossen Schamlippen auf. Das Kind hatte die Gewohnheit, sich an den Genitalien zu kratzen und weilte 1895 im Sommer durch längere Zeit in Reichenhall, wo es öfter mit tuberculösen Kranken in Berührung kam.

Bei der Untersuchung am 4. November 1895 fand sich im Vestibulum vaginae ein 3 Cm. langer, 2 Cm. breiter, flacher, grauer Substanzverlust, der sich ohne scharfe Ränder in die normale Haut, respective Schleimhaut fortsetzt; dieses Geschwür reicht nach vorne bis gegen die Clitoris, deren unteren Rand mitergreifend, nach den Seiten bis gegen die kleinen Schamlippen nach rückwärts bis gegen die Urethra, die ebenfalls mit afficirt ist. Die bakteriologische Untersuchung des Secretes auf Tuberkelbacillen ergab ein positives Resultat. Die Drüsen der Leiste beiderseits angeschwollen, verschieblich.

Die Therapie bestand in Exstirpation des Geschwürs möglichst im Gesunden und Entfernung der Lymphdrüsen.

Auch in den Lymphdrüsen fanden sich Tuberkelbacillen, so dass kein Zweifel über die Natur des Processes besteht.

8 Monate nach der Operation ist das Kind ganz gesund und sieht blühend aus.

Schenk stellt sich die Uebertragung der Infection so vor, dass dieselbe durch Fremdkörper, an denen tuberculöses Virus haftet z. B. Wäsche, Kleidungsstücke, Closets, vielleicht durch die eigenen Finger bei Gelegenheit des Kratzens durch directe Uebertragung in eine aufgekratzte Wunde eintreten konnte .

Die einzig berechtigte Behandlung ist die möglichst radicale Entfernung des ganzen Krankheitsherdes mit sammt den inficirten Lymphdrüsen. Ed. Pietrzikowski (Prag).

Naegeli, Otto. Die Combination von Tuberculose und Carcinom. Virchow's Archiv 1897, Band 148, Heft 2.

Naegeli beschreibt die Wandlungen, welche die Lehre von der Wechselbeziehung zwischen Tuberculose und Carcinom erfahren; während Rokitansky Anfangs die Behauptung aufstellte, das Krebs und Tuberculose sich gegenseitig ausschlössen, später diese Behauptung sehr wesentlich einschränkte, haben Brinton und Williams einen geheimnissvollen Zusammenhang zwischen den beiden Krankheiten constatiren wollen, so zwar, dass Kinder tuberculöser Eltern von Tuberculose verschont, später jedoch an Carcinom erkranken sollten. Unterdessen war durch die Statistik festgestellt worden, dass Carcinom und Tuberculose sehr wohl neben einander vorkommen können; dieses Zusammentreffen erklärten die einen als rein zufällig, andere huldigten der Anschauung, dass die Krebs-Cachexie den Boden für eine neue Infection oder für das Aufflackern eines veralteten tuberculösen Processes vorbereiten könne, während noch andere die Causalbeziehung sich derartig vorstellten, dass das Krebs-Ulcus die Eintrittspforte für das tuberculöse Virus abgebe. Für die dritte Eventualität, dass nämlich die Tuberculose den Boden für ein Carcinom vorbereiten könne, wie wir dies an der Haut unter dem Bilde des Lupus-Carcinoms manchmal sehen können, sind bisher nur wenige Forscher eingetreten, und zum Beweise dieser Möglichkeit, auf welche schon Rokitansky hingewiesen, beschreibt der Verfasser drei Fälle localer Combination von Tuberculose und Carcinom, von denen jedoch bloss zwei zum Beweise hiefür herangezogen werden können.

Gustav Tandler (Prag).

Gilchrist, T. C. and **Stokes**, William, K. The Presence of an Oidium in the Tissues of a Case of Pseudo-Lupus Vulgaris. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. Baltimore, July 1896.

Der von Gilchrist und Stokes beschriebene Fall betrifft einen 33jährig. Mann, dessen Erkrankung vor mehr als 11 Jahren mit einem kleinen, rundlichen, nur mässig erhabenen Knötchen hinter dem linken Ohr anfing. Der Ausschlag verbreitete sich sehr langsam in einer linearen Richtung gegen das Ohrläppchen zu und erreichte in 4 oder 5 Jahren nur eine Länge von 4—5 Cm. Nach und nach heilten die ältesten Partien spontan, so dass eine weisse, mässig hypertrophische Narbe entstand, doch war dieser Heilungsprocess immer nur gering und nahm Jahre in Anspruch. Nach 4 oder 5 Jahren erreichte die Krankheit die Wange und nach 7 Jahren den äusseren Winkel des linken Auges. Der Abheilungsprocess dauerte fort, doch wurde die Narbe mehr atrophisch, weiss und dünn. Nach und nach wurde der grössere Theil des Gesichtes von dem fortschreitenden Process ergriffen. Bald nach dem ersten Auftreten entwickelte sich dieselbe Eruption am r. Handrücken, fing mit einem Knötchen an, welches bald pustulös wurde und war nach 4 Jahren über den ganzen

Handrücken verbreitet. An der rechten Seite des Scrotums und der vorderen Fläche des linken Schenkels zeigten sich ähnliche Stellen, ebenso am hinteren Theile des Halses. Keine dieser Stellen war schmerzhaft. Als Patient zuerst gesehen wurde, hatte die Haut an vielen Stellen einen papillomatösen Charakter, von Krusten bedeckt und konnte an manchen Plätzen etwas Eiter ausgedrückt werden.

Behufs mikroskopischer Untersuchung wurden zwei Theile excidirt und ergaben dieselben eine Hypertrophie der Epidermis, in welcher zahlreiche, gut abgegrenzte Miliarabscesse verschiedener Grösse eingelagert waren. Die Epidermis war an manchen Stellen von vielkernigen Leukocyten infiltrirt und waren unregelmässige Detritusmassen vorhanden. Grosse Anhäufungen von Granulationszellen sowohl wie Entzündungskörper lagen im Corium zerstreut, auch waren einige Miliarabscesse im oberen Theile desselben vorhanden. In einigen Schnitten sah man eine Bildung von tuberkelähnlichen Knötchen im tieferen Abschnitt des Coriums. In allen Miliarabscessen und auch unter den Granulationszellen fanden sich doppeltcontourirte, lichtbrechende, runde und ovale Körper von 10 bis 20 μ im Durchschnitt. Diese Körper waren gewöhnlich einzeln aber an manchen Stellen in Gruppen vorhanden und bestanden dieselben aus granulirtem Protoplasma. Riesenzellen konnten nur wenige gefunden werden, und gelang es nicht Tuberkelbacillen zu entdecken. Nach sorgfältigen Untersuchungen und Culturverfahren gelangen die Autoren zu der Ueberzeugung, dass sie es mit einer Oidiumart zu thun hatten, verschieden von den Blastomyceten, und glauben, dass die ausgebreitete Hauterkrankung durch dieses Oidium verursacht wurde. Louis Heitzmann (New-York).

Audry. Note sur l'importance primordiale du lupus des muqueuses. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 729.

In kurzen Worten macht Audry die Fachcollegen darauf aufmerksam, wie häufig bei Lupus vulgaris der Gesichtshaut die Schleimhäute des oberen respiratorischen Tractus ebenfalls lupös erkrankt sind. Ausgehend von der Strauss'schen Constatirung von Tuberkelbacillen in den Nasenhöhlen Gesunder hält Audry in der Mehrzahl der Fälle den Hautlupus für secundär, bedingt durch primären Lupus benachbarter Schleimhäute und durch tief liegende tuberculöse Herde. Jedenfalls plaidirt er auf's Energischste bei jedem Lupus die Nasenhöhlen genau zu untersuchen und jede tuberculöse Erosion daselbst zu behandeln.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Küttner, (Tübingen). Ueber den Lupus der Finger und Zehen. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1896. Seite 110.

Der Lupus der Finger und Zehen ist eine ziemlich seltene Affection und ist namentlich wegen der secundären Veränderungen, der Entstellungen und Functionsstörungen in 2 Formen zu trennen. Die erste Gruppe bilden die lupösen Verstümmelungen oder Mutilationen, die auf dreierlei Weise zu Stande kommen können; entweder wird durch Mutilation von der Peripherie her eine Phalanx nach der andern abgestossen, oder bei

der zweiten Form aus der Continuität einzelne Phalangen ausgestossen, oder schliesslich kann die Mutilation noch so zu Stande kommen, dass der Lupus an einer Stelle des Fingers ringförmig in die Tiefe greift und denselben hier durchtrennt, nach Art einer Amputation.

Die zweite, weniger bekannte Gruppe bildet jene Form des Lupus, der zu Verkrüppelungen führt und über welchen Küttner das Resultat seiner anatomischen Untersuchungen mittheilt. In allen diesen Fällen (5 Untersuchungen) bleibt der Lupus oberflächlich nur auf die Haut beschränkt, greift nicht in die Tiefe und ist gutartiger als der mutilirende; trotzdem führt er an den benachbarten Gelenken zu Contracturen, Subluxationen und Ankylosen, sowie zu Störungen im Knochenwachsthum. Der Unterschied beider Formen des Lupus besteht also darin, dass der verstümmelnde unaufhaltsam in die Tiefe greift, während der verkrüppelnde oberflächlich bleibt und nicht einmal, wie die Untersuchungen ergaben bis an die Sehnen greift; die Ursache der Verkrüppelung sind Narbencontracturen der Haut. So hochgradig auch solche Veränderungen sind, haben sie doch mit einer Mutilation nichts zu thun, und es ergibt sich daraus die Berechtigung, beide Formen von einander zu trennen. Ed. Pietrzikowski (Prag).

Stieda, H. Zur Behandlung des Lupus mit Hautexcision und Thiersch'scher Hautverpflanzung. Brun's Beiträge zur klin. Chirurgie 1895. I. Heft, S. 147—158.

Eine hervorragende Stelle unter den Affectionen, welche durch Thiersch's Methode unserer Behandlung zugänglicher geworden sind, nimmt der Lupus und insbesondere der Gesichtslupus ein; das kosmetische Resultat ist als wichtiger Factor dem Erfolg bezüglich der Heilung zur Seite zu setzen; und einen solchen Vorzug besitzt die Hautverpflanzung nach Thiersch. Die Vortheile liegen darin, dass entstandene Niveaudifferenzen sich nach 2—3 Wochen fast vollständig ausgleichen, die Haut immer glatter wird, die anfänglich rothe Färbung nach 10—12 Wochen in normale übergeht und die Schrumpfung immer nur eine sehr geringe ist. Drei Fälle, darunter 2mal ein fast das ganze Gesicht einnehmender tiefgreifender Lupus und ein Fall ausgedehnter Tuberculosis verrucosa des r. Vorderarms und der Hand, welche Stieda ausführlich mittheilt, heilten nach Excision und Transplantation in mehreren Sitzungen recidivfrei und mit einem sehr günstigen kosmetischen Resultate. Stieda räth die Lappen möglichst gross und dabei möglichst dünn zu nehmen und statt des feuchten Kochsalzcompressenverbandes einen mit Vaseline dick gestrichenen Lappen, in dem etwas Jodoformpulver eingerieben ist, zu benützen, um bei der dabei leicht möglichen Ablösung des Verbandes die zarten Läppchen nicht zu gefährden. Der erste Verband wird erst am dritten Tage gewechselt und die etwa im transplantirten Bezirke so häufig auftretenden mit seröser Flüssigkeit gefüllten Bläschen aufgeschnitten, wodurch ein Weitergreifen des Abhebens vermieden und meist eine tadellose Anheilung erzielt wird.

Ed. Pietrzikowski (Prag).

Jordan. Ueber Lupus der Hände und Lymphangitis tuberculosa. 26. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. April 1897. Vereins-Beilage 13 der Deutschen medicinischen Wochenschrift. 6 Mai.

Bei vier von Jordan beobachteten Fällen von Lupus der Hand stellte sich nach einigen weichen Knoten am Vorder- und Oberarme, welche zur Abscedirung kamen, eine Lymphangitis ein. Es lag hier eine Tuberculose der Lymphgefässe vor, welche immerhin selten ist, es liegen in der Literatur bisher nur 13 Beobachtungen hierüber vor. Der Lupus ist aber auch an den Extremitäten selten, von 421 Lupusfällen war nur 24mal der Lupus an den Füssen oder Händen localisirt. Unter den 4 Patienten Jordan's waren zwei Cigarrenarbeiter, und da bei diesem Berufe viel Tuberculose vorkommt, so glaubt er, dass es sich hier um eine Erkrankung durch eine Contactinfection, eine Impftuberculose, handle.

Max Joseph (Berlin).

Popper, C. Die chirurgische Behandlung des Lupus vulgaris. Dermatologische Zeitschrift 1897, Band IV, Heft 1 und 2.

Auf der Abtheilung von Prof. Lang in Wien wurden in den Jahren 1892 bis August 1896 35 Lupuskranke operativ behandelt; die Operation bestand darin, dass meist unter Localanästhesie, seltener in Narcose das erkrankte Gewebe durch einen $^1/_2$—1 Cm. im gesunden geführten Schnitt umschnitten und dann unter peinlichster Vermeidung dessen, dass lupöses Gewebe auf der Wundfläche zurückbleibe, entfernt wird. Nach der Blutstillung, wozu meist Compression genügt, wird nun sofort, selten in einer zweiten Sitzung (nur bei sehr ausgedehntem Lupus), die Deckung durch Thiersch'sche Lappen, die meist der Aussenseite des Oberschenkels entnommen sind, vorgenommen. Als Verband dient trockene, sterile Gaze mit Collodium fixirt, bleibt 4—5 Tage liegen, der zweite Verband in derselben Weise gleichfalls solange, hierauf wird ein Salbenverband (Jodoform- oder Dermatolvaseline) applicirt. In den meisten Fällen sah Popper prompte Heilung; kleine Defecte, die zurückbleiben, heilen per granulationem oder können auch noch gethierscht werden. Die Lappen zeigen Anfangs in Folge Schrumpfung ein gegittertes und gefeldertes Aussehen, glätten sich jedoch später. Entsteht durch Schrumpfung irgend eine entstellende Narbencontractur, z. B. Ectropium des unteren Lides oder Verziehung eines Mundwinkels, so wird mehrere Monate nach der Operation, wenn man annehmen kann, dass die Schrumpfung ihr Maximum erreicht, der Narbenzug durchschnitten, bis die Wundränder soweit klaffen, dass die Verziehung beseitigt ist, worauf der entstandene Substanzverlust durch einen stiellosen Lappen ausgefüllt wird.

Aus den ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten geht hervor, dass die Behandlungsdauer entschieden eine viel kürzere ist als bei anderen Methoden der Behandlung. Was die Recidive anlangt — der wichtigste Punkt in der ganzen Sache — so ergibt sich, dass von den 35 Operirten nach abgeschlossener Behandlung recidivfrei blieben innerhalb einer Beobachtungszeit von $1^1/_2$—4 Jahren post. operat. 7 Kranke,

innerhalb einer Beobachtungszeit bis zu einem Jahre 10 Kranke. Viele entzogen sich einer weiteren Beobachtung, bei 4 Fällen trat nach einigen Monaten Recidive in loco auf. Gustav Tandler (Prag).

Ashmead, A. S. Some Facts of Special Interest to California regarding Leprosy and the Japansee in Hawaii. Pacific Medical Journal. Aug. 1896, pag. 481.

Da ungefähr fünfundzwanzig Tausend Japaneser auf den Hawaiischen Inseln wohnen, so möchte man wohl erwarten, ziemlich viele Lepröse unter ihnen anzutreffen, nun aber fand Dr. Luis F. Alvarez, als er Molokai im Mai 1895 besuchte, höchstens drei japanesische Aussätzige vor. Der Autor meinte darauf schliessen zu dürfen, das der Aussatz nicht durch die Japanesen in die Hawaii'schen Inseln eingeschleppt war.

Douglass W. Montgomery (San Francisco, California).

Ashmead, Albert S. Leprosy in Brazil. The Medical News. New-York. Vol. 69, Nr. 18, 1896.

In manchen Provinzen von Brasilien ist Lepra sehr häufig, in anderen hingegen beinahe unbekannt und leiden die Indianer Brasiliens nie darunter. Die Krankheit ist von der „Quigila" genannten Erkrankung zu unterscheiden. Letztere besteht aus Psoriasisplaques, welche zeitweilig das Aussehen von Ichthyosis annehmen und welche contagiös sind. Ashmead beschreibt sodann den Unterschied zwischen Ainhum und Lepra. In Rio Janeiro wird Lepra von Jahr zu Jahr häufiger, besonders unter der armen Bevölkerung.

Louis Heitzmann (New-York).

English, W. T. Leprosy. The Medical News, New-York. Vol. 69, Nr. 19, 1896.

Beschreibung und Abbildung eines ausgesprochenen Leprafalles, der in Pittsburg, Pa. von English beobachtet wurde. Er glaubt, dass Lepra in den Vereinigten Staaten zunimmt.

Louis Heitzmann (New-York).

Klingmüller, V. und **Weber**, H. Untersuchungen über Lepra. Deutsche Medic. Wochenschr. 1897. 8.

Bei einem Falle von Lepra, der ein maculöses Exanthem und anästhetische Störungen zeigte, suchten Klingmüller und Weber die Frage zu entscheiden, auf welchem Wege verlassen die Leprabacillen den Körper? Ebenso wie früheren Forschern gelang ihnen der Nachweis der Bacillen im Blute und in künstlich erzeugten Blasen. Dagegen berichten sie als etwas Neues, dass in den oberflächlich von den Flecken abgekratzten Hautschuppen sich zahlreiche Bacillen fanden, von denen sie nicht sicher entscheiden konnten, ob dieselben innerhalb oder ausserhalb der Zellen lagen. Weiter konnten die Bacillen auch in der Epidermis in genügender Zahl nachgewiesen werden. Die Bacillen lagen in der Epidermis meistens allein, in den tieferen Schichten des Rete Malpighii noch in vereinzelten Haufen, ihre Lage war anscheinend nur intracellulär. Auffallend war, dass die in der Epidermis gelegenen Bacillen im Gegen-

satze zu den in der Cutis befindlichen ausschliesslich solide Stäbchenformen waren. Im Schweisse gelang es den Verf. ebenfalls Bacillen nachzuweisen, so dass sie es für dringend geboten erachten, im Verkehre mit Leprösen vorsichtig zu sein. Max Joseph (Berlin).

Protopopow, S. A. Ein Fall von Lepra tuberosa et anaesthetica. Medicinskoje Obosrenie 1896, Bd. 45, Nr. 6, p. 509. Russisch.

Protopopow berichtete ausführlich in der Sitzung der Aerzte des Landesspitals zu Kasan über einen von ihm beobachteten Fall von Lepra tuberosa et anaesthetica, wobei er sich dahin ausgesprochen hat, dass die Lepra eine contagiöse Krankheit sei und die Heredität bei der Verbreitung der Lepra eine nur unbedeutende Rolle spiele.

A. Grünfeld (Rostow a. Don).

Todd, P. Everard. The influence on acute specific diseases on leprosy. The Brit. Med. Journ. 20. Juni 1896.

Todd gibt an, dass 7 Patienten an Erysipel starben. 36% derer, die sich Erysipel zuzogen, waren nach Ueberstehen desselben viel schlechter und bei 64% war jedenfalls keine Besserung der Lepra vorhanden.

Nach Erkrankung an Masern wurden 12·5% der Leprösen schlechter; keine Besserung fand sich bei 86·7%, vorübergehende bei 12·5%.

Bei tuberculöser Lepra findet sich häufig nach Erkrankung an Lungentuberculose eine sehr beträchtliche Verminderung der Infiltration des Gesichtes, die wohl auf die Emaciation und Anaemie der Kranken zurückzuführen ist.

Syphilis hat keinen besonderen Einfluss auf die Lepra; nur übt das bei derselben gegebene Jodkali einen ungünstigen Effect auf die Lepra aus. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Storch, E. Ueber den anatomischen Befund bei einem für Deutschland endogenen Fall von Lepra tuberosa. Zugleich ein Beitrag zur Frage nach den Beziehungen zwischen Aussatz und Tuberculose. Virchow's Archiv, 1897, Band 148, Heft 2.

Storch theilt den ausführlichen Sectionsbefund eines 55 Jahre alten, an Lepra zugrunde gegangenen Mannes mit, der aus dem Memeler Kreise stammend auf der Neisser'schen Klinik in Breslau seinem Leiden erlag und daselbst im pathologischen Institute zur Section kam; seine Krankengeschichte ist bereits in Neisser's steroskopischem Atlas zur Veröffentlichung gelangt. Ausser leprösen Veränderungen an der Haut, besonders des Gesichtes, weniger am Rumpf und den Extremitäten fanden sich ulceröse Zerstörungen der Schleimhaut der Schlundhöhle, narbige Contracturen im Pharynx, Larynx und Trachea, ferner ausgedehnte Veränderungen in der Milz, Leber (woselbst die Veränderungen erst mikroskopisch festzustellen waren), in den Lymphdrüsen, in beiden Hoden, an der Glans penis und an beiden Nervi ischiadici; überall fanden sich sehr zahlreiche, meist in den Zellen, seltener ausserhalb derselben liegende Bacillen, hie und da auch solche in den Blutgefässen. Im Rückenmark

und in den Nieren wurden keine Bacillen gefunden. Die Lungen boten neben lobulären pneumonischen Herden in beiden Spitzen ein eigenthümliches Bild, von dem es zweifelhaft war, ob man es der Lepra oder der Tuberculose zurechnen sollte. In Anbetracht dieser differentielldiagnostischen Schwierigkeiten und mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Frage, ob die Lungen leprös erkranken können, oder ob die bei Lepra zu constatirenden Lungenaffectionen tuberculöser Natur sind, beschäftigte sich St. des Näheren mit den in der Literatur von A. Hansen, Baumgarten, Philippson u. A. angegebenen Kriterien zur Unterscheidung von Tuberculose und Lepra, die theils histologischer, theils bakteriologischer Natur sind, um endlich nach eingehender Prüfung der differentialdiagnostischen Merkmale Hansen's diese sowie auch die übrigen angegebenen als nicht stichhaltig zu verwerfen. Die in den Lungenspitzen gefundenen Veränderungen hält St. für Tuberculose.

Die Schlüsse, zu denen der Verfasser in seiner Arbeit gelangt, sind folgende:

1. Die Lepra und die Tuberculose sind chronische Infectionskrankheiten, die nicht nur genetisch, sondern auch histologisch wohl charakterisirt sind. Doch reichen zur Zeit weder die histologischen, noch bakteriologischen Untersuchungsmethoden aus, um in jedem einzelnen Falle Zweifel bezüglich der Diagnose zu beseitigen. Daher lässt es sich betreffs eines Theiles der bei Leprösen vorkommenden visceralen Krankheitserscheinungen, welche vom rein histologischen Standpunkte aus allerdings der Tuberculose zuzurechnen sein würden, noch nicht entscheiden, welchem von beiden Infectionserregern sie ihr Dasein verdanken.

2. Der Bacillus leprae findet sich in den Lepromen in solcher Menge vor, dass gerade hierin ein schwer wiegender Unterschied gegenüber dem Tuberkelbacillus zu erblicken ist.

3. Die bacillenhaltige „Leprazelle" Virchow's findet sich in allen sicher leprösen Herden, und kommt niemals in den pathologischen Producten irgend einer anderen Krankheit vor.

4. Dagegen ist die Riesenzelle, welche Hansen ausschliesslich dem Tuberkel zuerkannte, nur mit grosser Vorsicht zur Stellung der Diagnose in der einen oder anderen Richtung zu verwerthen.

5. In der Verkäsung besitzen wir ein für die Tuberculose differentiell-diagnostisch wichtiges Merkzeichen; doch ist auch ihr ein absoluter Werth nicht beizulegen.

6. Die Streitfrage zwischen Unna und Neisser über die Lage der Leprabacillen lässt sich dahin beantworten, dass zwar die Mehrzahl der Bacillen intracellulär liegt, dass aber auch nicht in Zellen eingeschlossene Bacillen, sowohl einzeln als auch in Gruppen gelegen, angetroffen werden. Gustav Tandler (Prag).

Broes van Dort, T. in Rotterdam. Die Lepra in Holland und seinen Colonien. Dermatologische Zeitschrift, 1897, Band IV, Heft 2.

Die Arbeit enthält eine kurze vorwiegend historische Uebersicht über die Ausbreitung der Lepra in Holland sowie in der holländischen Colonie Curaçao. G. Tandler (Prag).

Arnheim, Alfred. Zur Casuistik der Lepra. Dermatologische Zeitschrift, 1897, Band IV, Heft 1.

Arnheim beschreibt einen Fall von Lepra maculo-anaesthetica bei einem 39 Jahre alten Manne, der seit 15 Jahren in Brasilien lebt und im Jahre 1895 die ersten Krankheitserscheinungen in Form kleiner Knoten von Erbsengrösse im Gesichte an sich beobachtete. Zur Zeit, als A. den Fall sah, fanden sich am Körper des Patienten nebst zahlreichen Narben, die von excidirten Knoten herrührten, nur mehr Reste der tuberösen Form, dagegen im Gesichte, dem Stamme und den Extremitäten zahlreiche violette Flecke, die theils An-, theils Hypaesthesie aufwiesen. Das Allgemeinbefinden war durch sehr heftige Diarrhoeen erheblich gestört. Gustav Tandler (Prag).

Wende, Grover Wm. A case of Rhinoscleroma originating in the United States. Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases. 1896. Nr. 3.

Ein kräftiger 11jähriger Junge gesunder Eltern und Grosseltern, die letzteren ein hohes Alter erreichend, mit 2 gesunden Brüdern, präsentirte vor 1 ½ Jahren ohne jedwede traumatische Vorgeschichte einen leicht elevirten röthlichen Fleck unterhalb des rechten Nasenflügels, welcher nach kurzer Zeit wulstig vorragte, auf Druck nicht schmerzhaft. Nach Abtragung der superficiellen Erhabenheit behufs mikroskopischer Untersuchung erscheint die Unterlage derb infiltrirt, steinhart. Bald entwickelten sich ähnliche Verdickungen rechts, welche nach aussen sich ausbreiteten und am Nasenrücken sich begegneten. Die Begrenzung überall scharf abgebrochen. Per exclusionem wurden Rhinophyma Lepra, Lupus, Keloid, Epithelioma, Sarcoma fallen gelassen. Eine erfolglose einjährige antiluetische Behandlung liess auch Syphilis ausschliessen. Die Localisation dieser von der Nasenschleimhaut über die Nasenflügel überwachsenden, derb elastischen, scharf abgrenzenden Disfiguration, deren langsames und unaufhaltsames Fortschreiten, prompte Regeneration, sprachen für die Annahme eines Rhinoscleroms. Die bakteriologische und mikroskopische Untersuchung waren zur Zeit noch nicht vollendet. Dieser Fall ist interessant seiner Seltenheit und der Thatsache wegen, dass dies das erste Rhinosclerom eines in den Vereinigten Staaten geborenen Individuums darstellt. Lustgarten (New-York).

Audry, Ct. Ueber einige zellige Veränderungen an der Wand des aktinomykotischen Abscesses. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXII.

Audry fand in der Wand eines aktinomykotischen Abscesses neben Riesenzellen und stark erweiterten kleinen Blutgefässen, dicht bei einanderstehende, in eine amorphe, durch Fuchsin rosa gefärbte Masse eingebettete Zellen. Dieselben schienen zumeist Plasmazellen zu entsprechen. An der Peripherie und namentlich in der Nachbarschaft von

Hämorrhagien fanden sich meist Leukocyten und ferner Zellen mit progressiver Atrophie des Kernes und ungeheuerer Schwellung des Protoplasmas. Diese Zellen sind abgerundet, mit einem eiförmigen oder runden, dunklen, nicht granulären Kern versehen, der mittels aller Methoden gut färbbar ist. Der im Beginn der Erkrankung fast central gelegene Kern wird im weiteren Verlauf immer mehr seitwärts gedrängt, je mehr das Protoplasma zunimmt, schrumpft dann, um endlich ganz zu verschwinden. Das Protoplasma färbt sich, ebenso wie die amorphe kernige Masse mit Fuchsin rosa. Verf. vermuthet, dass diese Zellen degenerirte einkernige Leukocyten sind. In Grampräparaten sieht man lymphocytenähnliche Zellen, deren Protoplasma mit dicken, blaugefärbten Tropfen besäet ist, wahrscheinlich degenerirte Plasmazellen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Jurinka, Josef. Zur conservativen Behandlung der menschlichen Aktinomykose. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. 1896. 1. Bd. 2. Heft. p. 139.

Jurinka berichtet neben anderen mehr chirurgisches Interesse erweckenden Fällen über den günstigen Erfolg der Jodkaliumbehandlung bei einem 36jährigen Bauerknecht mit ausgedehnter Aktinomykose der Haut der ganzen rechten Gesichtshälfte von der Haargrenze bis zum Unterkieferrande und auf den Hals bis zur Höhe des Ringknorpels sich erstreckend. Dieselbe war innerhalb dreier Monate ohne Ursache als Schwellung der Mitte der rechten Wange entstanden, hatte rasch zu Mundsperre, derbem Oedem der Augenlider und in kurzer Zeit zu mehrfacher Fistelbildung der Wange und am Halse geführt, mässige Mengen eines krümlichen Eiters secernirend.

Die eingeleitete interne Jodkaliumtherapie (Patient bekam durch 6 Monate mit kurzen Unterbrechungen 2—4 gr. JK pro die) brachte vollkommene Heilung mit Bildung glatter Narben und nur geringer verminderter Verschieblichkeit der Haut.

Die dem Eiter entnommenen Culturversuche auf Glycerinagar oder alkalischer Fleischbrühe hatten positiven Erfolg und selbst nach 6monatlicher Jodkaliumcur, nachdem dem Organismus die reichlichsten Jodmengen zugeführt worden waren, zeigte die mikroskopische Untersuchung der aus den Fisteln und Abscessen gewonnenen Aktinomyceskörner keinerlei Unterschiede in dem Bau und den Bestandtheilen derselben, so dass Jurinka die Ansicht ausspricht, dass das Mittel den Pilz nicht tödte, wohl aber die Entwicklung und Vermehrung desselben im menschlichen Organismus hemme.

Im Nachtrage zu dieser Arbeit berichtet Woelfler über einen weiteren Fall von Aktinomykose der Wange und des rechten Augenlids mit gleich günstigem Erfolge der Jodkaliumtherapie und bemerkt, dass trotz der vorhandenen Infiltrate die Benarbung ohne jede Entstellung oder Einziehung erfolgt, so dass die Haut schliesslich fast ihr normales Aussehen erlangt, was namentlich für die Ausheilung der Aktinomycesfälle des Gesichtes bemerkenswerth erscheint. Ed. Pietrzikowski (Prag).

Kozerski, A. Ein Fall von Aktinomykose der Haut, behandelt mit grossen Dosen Jodkali. Medycyna 1896. Nr. 24 u. 25.

Bei einer 45jährigen, sonst gesunden Bäuerin entwickelte sich im Verlaufe mehrerer Monate eine derbe Anschwellung der linken Gesichtshälfte. Die Haut war daselbst dunkelroth, stellenweise violett, hart infiltirt, mit dem Knochen nicht zusammenhängend, zeigte stellenweise kleine umschriebene Abscesse neben mehrfachen Fistelöffnungen, aus denen dicker, gelber Eiter sich entleerte. Es bestand fast complete Mundsperre, die Mehrzahl der Zähne war cariös.

Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab mit Färbung nach Gram das für Aktinomykose charakteristische Bild. Die mittels Jodkali eingeleitete interne Therapie (2—14 Gramm täglich) liess das Infiltrat zusehends schwinden; es trat reichliche Eitersecretion aus den Fisteln auf, zahlreiche kleine Abscesse perforirten spontan und schlossen sich nach wenigen Tagen. Impfversuche mit dem aus den Abscessen entnommenen Eiter auf Agar ergaben ein positives Resultat.

Nachdem das primäre Infiltrat fast vollständig geheilt war, entwickelte sich bei der Kranken eine acut eitrige Otitis media und consecutive Phlegmone der ganzen linken Gesichtshälfte, die nach Fortsetzung der Jodkaliumtherapie (2 Gr. JK per rectum pro die) rasch schwand, bis auf 3 kleine noch Aktinomyceskörner entleerende Fisteln.

Ed. Pietrzikowski (Prag).

Hyde J., N. und **Senn**, N. A contribution to the study of Mycetoma of the foot as it occurs in America. Journal of cutaneous and Genito-urinary Diseases. 1896. Nr. 1.

Hyde und Senn liefern eine genaue Krankengeschichte des 3. in Amerika diagnosticirten Falles dieser seltenen, in Indien einheimischen Affection. (Die ersten zwei Fälle wurden von Adami und Kemper berichtet.) Ein von böhmischen Eltern abstammender, in Jowa geborener Mann, von 20 Jahren, der immer gesund gewesen, beobachtete im 7. Lebensjahre, zu einer Zeit, wo er häufig im Cedarflusse barfuss herumgewatet hat, zu allererst am Ballen des linken Fusses ein kleines, hartes Knötchen, welches langsam sich vergrösserte und durch Confluenz ähnlicher Bildungen, nach 13jährigem Bestehen, etwa $^2/_3$ des linken Fusses zu einer formlosen Geschwulstmasse umgewandelt hat. Dieselbe erschien als eine graue, ungleichmässig höckerige, schlaffe fungöse Granulationsbildung, nach hinten ziemlich scharf abgegrenzt. Die Oberfläche stellenweise von warzig hervorragenden Fistelöffnungen durchbrochen, welche wurmstichig das Gewebe bis auf das Periost unterminiren und eine puriforme Flüssigkeit secerniren. Die Nägel gryphotisch verändert. — Indem die localen Aetzungen das Wachsthum gar nicht beeinflussten, entschloss sich Patient für die Amputation, welche hauptsächlich der Deformität wegen vorgenommen wurde, da niemals Schmerzen bestanden haben. Die Diagnose wurde eigentlich erst nach vorgenommenen pathologischen und mikroskopischen Untersuchungen gemacht. Die grobe Besichtigung des Gewebes ergab zahlreiche schwammige Knötchen von

Erbsen- bis Haselnussgrösse, zumeist mit Oeffnungen versehen, wodurch die Masse ein lockeres reticulirtes Gefüge gewinnt, aus welchem auf Druck zahlreiche, weissliche, stecknadelkopfgrosse Körperchen herausgepresst werden können. Derartige inselförmige Granulationsherde reichen tief bis unter das Periost hin, umgeben von einer fibrösen Kapsel, von welcher die schlaffen Formationen leicht abgestreift werden können. Die mikroskopischen Schnitte, verschiedentlich gefärbt, zeigen in der Epidermis active Entzündung und Hyperplasie, leukocytäre Infiltration, Erweiterung der Intercellularräume, mit stellenweise granulärer Einlagerung. In der Cutis, tiefgelagert, sind strahlenförmige Körper sichtbar; alle Knötchen zeigen dies. Einzeln oder gruppirt gelagert, sind drei Zonen an denselben zu unterscheiden, welche von Kanthack in der Beschreibung des Mycetoma als 1. centrale, mit Hämatoxylin schwach färbbare, 2. marginale, intensiv gefärbte und 3. radiale, nur mit Eosin färbbare, Zone bezeichnet wurden. Mit starker Vergrösserung ergibt sich die centrale Partie granulirt, von feinen bacillenähnlichen Fädchen durchsetzt, welche radiär geordnet sind. Deutlicher sind diese Fädchen in der marginalen Zone ausgeprägt. Eine homogene Zwischensubstanz scheidet diese von der radialen, welche fein granulär erscheint. Die radiären Streifungen, obschon undeutlich, weisen auf eine Aehnlichkeit mit Aktinomyces hin. Weder keulenförmige noch mycelienartige Bildungen waren ersichtlich. — Es entspricht also der Charakter dieser Neubildung dem Mycetoma, obschon es manche Aehnlichkeit mit Aktinomyces hat. Die Inoculationsversuche waren erfolglos. — Die Verfasser weisen nun auf die herrschende Confusion hin, welche in Bezug auf Aktinomyces und Mycetoma besteht. Letztere ist eine rein locale Affection der Füsse, mit wenigen Ausnahmen auf Indien beschränkt, langsam, chronisch, ohne Schmerzen verlaufend, zumeist bei Männern, die barfuss in Flüssen waten. Klinisch gekennzeichnet durch *a)* schwärzliche oder röthliche Pigmentkörnerchen, *b)* fischroggenähnliche Körperchen im Gewebe und *c)* tiefgehende Fistelgänge. Jedoch mitunter können all diese fehlen und die Symptome sind limitirt auf die constante Deformität an den Füssen, selten an Händen und Armen; Geschlecht; Entdeckung des Strahlenfungus; charakteristische Krankengeschichte, wie im obigen Falle. Die Identität des Fungus und seine Beziehung zu Aktinomyces ist noch wenig geklärt. Lustgarten (New-York).

Moore, M. G. Report of a Case of Anthrax-Carbuncle. The Medical News, New-York, Vol. 69, Nr. 25, 1896.

Ein ausgesprochener Fall von localem Anthrax, bei welchem die Diagnose mikroskopisch bestätigt wurde, wurde von Moore durch Einspritzungen von 30 Tropfen einer 75perc. Carbolsäurelösung an verschiedenen Stellen der indurirten Fläche behandelt, sobald die Diagnose sichergestellt war. Toxische Erscheinungen von der Carbolsäure traten nicht ein. Starke Sublimatlösungen, 1:500, wurden fortwährend aufgelegt. Schon am dritten Tage nach den Carboleinspritzungen konnten keine Bacillen mehr gefunden werden. Louis Heitzmann (New-York).

Singer, G. Ueber Varietäten des Typhusexanthems und ihre Bedeutung. Wiener klin. Wochenschrift. 1896, Nr. 15—16.

Nicht selten kommt es beim Abdominaltyphus statt des Auftretens der Roseola maculosa zur Proruption einer Roseola papulosa, worauf schon Dietl 1843 hingewiesen hat. Doch scheint Singer der erste zu sein, der auf eine pustulöse Varietät des Typhusexanthems aufmerksam macht. Bei 6 Abdominaltyphen sah er auf der Brust- und Bauchhaut derb infiltrirte, folliculäre, rothe Knötchen, die im Centrum eine Pustel trugen, zerfielen und mit Pigmentanhäufung vernarbten; oft gingen dieselben aus Roseolaflecken hervor. Viermal gelang der einwandfreie Nachweis von Typhusbacillen aus dem Pustelinhalte. Verf. misst der bacteriologischen Untersuchung des Hautexanthems einen hohen Werth bei; gelang es ihm doch erst durch diese, in einem sonst ganz atypisch verlaufenden Typhusfalle die Art der Erkrankung zu qualificiren. Im Gegensatze zu den meisten Dermatologen, welche die Roseola nur als ein „Reflexsymptom" von untergeordneter Bedeutung anerkennen, hält sie S. für eine durch Bacillenembolie erzeugte Hautmetastase, also ein specifisches Hautsymptom des Abdominaltyphus, welchem auch eine directe prognostische Dignität zukommen soll. Ernst Liebitzky (Prag).

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Syphilis. Allgemeiner Theil.

Marlier, Paul. Etude sur la syphilis conceptionelle immédiate. (Thèse de Paris.) Referirt Gazette hebdomad. de médec. 1897. XLIV. Nr. 27.

Nach Martier ist die conceptionelle Syphilis durch folgende Besonderheiten charakterisirt:

1. Sie coincidirt mit einer Schwangerschaft, die mit Abort oder Austreibung eines syphilitischen Fötus endigt.
2. Sie ist eine Syphilis ohne Schanker „une syphilis décapitée".
3. Sie beginnt plötzlich mit Allgemeinerscheinungen.

Das Nichtvorhandensein des Schankers kann bewiesen werden durch den negativen Ausfall der Untersuchung, das Fehlen der secundären Drüsen und das Fehlen von ansteckenden Erscheinungen beim Manne. — Handelt es sich um eine Prostituirte, so kann man noch hinzufügen, dass der Primäraffect bei den regelmässigen ärztlichen Visiten nicht constatirt wurde, dass die Nachforschung hinsichtlich der Ansteckung derjenigen, die mit der Kranken verkehrt haben, negativ ausfiel.

Die Ansteckung der Mutter durch den Fötus scheint auf dem placentaren Wege stattzufinden. J. Schäffer (Breslau).

Montgomery, D. W. Syphilis in the Aged. Transactions of the California Academy of Medicine. Occidental Medical Times 1897, Feb., pag. 105.

Der Patient, der vor dreizehn Monaten erst im zweiundsiebzigsten Lebensjahre den Schanker acquirirte, hatte eine Syphilis, die, trotz sehr ungenügender Behandlung, einen sehr milden Verlauf zeigte. Er hatte wenige aber gut ausgesprochene Symptome der constitutionellen Syphilis gehabt.

Douglass W. Montgomery (San Francisco, Californien).

Morel-Lavallée, A. Des phases de dénutrition, survenant à l'état de phénomène isolé et spontané au cours de l'évolition silencieuse de la syphilis. La médecine moderne. 19. Mai. 1897. Nr. 40. pag. 315.

Morel-Lavallée betont, dass, ebenso wie zu Beginn der durch Syphilis verursachten Allgemeinerscheinungen Gewichtsverluste von 2, 4 und mehr Kilogrammen eintreten, solche auch später im Verlaufe der Krankheit sich finden und zwar auch, ohne dass sonstige manifeste Erscheinungen zu bemerken sind, eine Form, der er in einer früheren Veröffentlichung den Namen „Syphilis dénutritive secondaire" beigelegt hat. Als Symptome beschreibt er in einer mitgetheilten Krankengeschichte: zunehmende Schwäche, Gewichtsabnahme, geistige Ermüdung, Haarausfall, Querstreifung der Fingernägel. Dabei sollen irgendwelche viscerale Erscheinungen gefehlt haben. Die Quecksilbertherapie hat in allen beobachteten Fällen zum Ausgleich der Gewichtsverluste und zum Verschwinden der übrigen Erscheinungen geführt.

Löwenheim (Breslau).

Moreira, J. Zur Aetiologie der Syphilis maligna praecox. Inaug.-Diss. Bahia 1894. Ref. nach Baumgart. Jahresbericht 1894.

Wenn Moreira für das Zustandekommen einer Syphilis maligna einmal eine Verstärkung des syphilitischen Virus bei verminderter Resistenz des Organismus andererseits verantwortlich macht und im Einzelnen als derartige ätiologische Momente Alkoholismus, Malaria, Scrophulotuberculose, Scorbut, Diabetes, Gicht, Morbus Brightii, die Altersextreme, den Puerperalzustand, mangelhafte Behandlung und endlich Klima aufzählt, so können wir nach dem heutigen Stande unseres Wissens mit einer derartigen Auffassung einverstanden sein.

Johann Fabry (Dortmund).

Niessen, van. Weiteres über das Syphiliscontagium. Wien. med. Wochenschrift. 1896. Nr. 36—40.

van Niessen, der in den letzten zwei Jahren zwei vorläufige Mittheilungen über einen von ihm gefundenen „Syphilis bacillus" veröffentlicht hat, bringt in vorliegendem Artikel noch eine dritte, und zwar wieder fast durchaus vorläufige Mittheilung über denselben Gegenstand. In der Einleitung, sich gegen die Referenten und Recensenten seiner ersten Veröffentlichungen wendend, die ihn angeblich sämmtlich allzu skeptisch und ungünstig beurtheilt hätten, bekennt sich der Autor zu einer, jeden aufmerksamen Leser und objectiven Beurtheiler von v. Niessen's Publicationen keineswegs befremdenden Ansicht; er sagt nämlich in der vorliegenden: „Principiell stehe ich auf dem Standpunkte, auf Kritiken der Fachpresse nicht zu reagiren". Die eigentliche Absicht des Autors, die er bei seiner Forschung im Auge hat und so naiv freimüthig bekennt, das Streben, sich einen ruhmvollen wissenschaftlichen Namen mit Ausschluss der Fachleute direct beim Publicum, vielleicht durch die Tagespresse, zu erwerben, mag ja für den Augenblick recht bequem sein; leider ist es aber selten von Erfolg begleitet. Ein ernster Forscher, dem die Fachpresse selbst viele Jahre Unrecht gethan hätte, kann sich zu solch absurdem Ausspruche nicht versteigen. Wir werden sehen, ob aber die bisherigen Referenten den Arbeiten v. N.

wirklich Unrecht gethan haben. — v. N. hat angeblich aus dem Blute rezent- sowie aus dem Blute spät-syphilitischer Menschen Mikroorganismen rein gezüchtet, die er zuerst für Schimmelpilze gehalten, dann als Syphilisbacillen beschrieben und in der ersterschienenen Arbeit, einer Monographie, auf zahlreichen Abbildungen und Tafeln in allen ihren merkwürdigen Wachsformen abgebildet hat. Bei der ersten öffentlichen Demonstration seiner Bacillen-Präparate, die er, ganz gegen jeden wissenschaftlichen Brauch, nicht erst vor erfahrenen Fachärzten, sondern vor den Praktikern des Wiesbadener ärztlichen Vereines veranstaltet, wird er von nahezu allen Collegen darauf aufmerksam gemacht, dass das Demonstrationsobject gar keine Bacillen, sondern Coccen seien. Statt daraus zu lernen, dass man vor selbständigen Forschungen oder gar vor epochal aussehenden Publikationen denn doch erst ein wenig in die Schule gehen soll, um sich für alle Fälle wenigstens die elementarsten Grundbegriffe der betreffenden Wissenschaft anzueignen — schüttelt der Autor sehr gewandt dieses complete Desaveux ab und spricht von da ab nur mehr von einem „Syphilicoccus“, und hofft so, durch diese ganz merkwürdige Gleichgiltigkeit seine verdutzten Leser gewissermassen zu hypnotisiren. Um noch mehr zu verblüffen, ergeht sich der Autor in scheinbar ganz originell klingenden, zweifellos aber nicht originellen Aeusserungen über die Werthlosigkeit der morphologischen Merkmale bei der Beurtheilung von Bakterien. „Das ist ja lediglich eine botanische Frage und mehr für die systematische Rubricirung der Species, als für medicinisch-therapeutische Zwecke von Belang, welch' letztere ich in erster Linie“ — es scheint dem Referenten die einzige Linie zu sein — „bei meinen Arbeiten verfolge“.

Wenn der Autor jemals über die Anfangsgründe der Bakteriologie hinausgekommen wäre, so würde er heute vielleicht schon im Stande sein, die Species jener Bakterien zu erkennen, die ihm als offenbar zufällige Verunreinigung in seine Gelatine- und Kartoffelculturen kam und von der er glaubt, dass sie die specifischen Syphilisbacillen oder Syphilococcen oder wie er sie schliesslich vornehm kurz nennen will, das „Contagium“ darstellen. Coccen, von welchen der Autor behauptet, sie seien gewiss schon oft von Bakteriologen gesehen oder aus Syphilisproducten dargestellt worden, aber stets offenbar für Staphylococcen gehalten worden, was sie aber bestimmt nicht seien, warum, sagt der Autor gar nicht; Bakterien, die der Autor deshalb als specifisch für Syphilis hält, weil dieselben verschiedenen, meist wohlfeilen Thieren — zu kostspieligen Versuchen hat der Autor, sagt er, kein Geld — also Hasen, Tauben, Regenwürmern, auf excoriirte Stellen eingeimpft, an diesen Thieren furunculöse Initialaffecte und gummöse Neubildungen der inneren Organe hervorrufen (Ziege und Kaninchen), vom Verf. primäre Gummen genannt! Obzwar 8 bisher in verschiedenster Weise inficirte Kaninchen, deren Syphilis sich stets nur im Haarausfall (Alopecia syphilitica) manifestirt hatte, von ihm obducirt worden waren, haben die Sectionen leider kein „unbedingt“ brauchbares Material ergeben. „Zwar

war ich — sagt der Autor wörtlich — bei der Eröffnung der Bauchhöhle stets angenehm überrascht, die Leber regelmässig von multiplen gelblichen Knoten durchwachsen vorzufinden. Der mikroskopische Eindruck war der von gummösen oder ähnlichen malignen Neubildungen. Leider bereitete mir jedoch die histologische Untersuchung regelmässig eine Enttäuschung, denn die derben, stellenweise wie beim Gumma central verkästen Knoten erwiesen sich unter dem Mikroskope als durch Einwanderung von Coccidien (?) bedingt." — Dann wieder sagt der Autor, dass manche dieser Knoten genau den spindelzelligen (!) Bau eines Gumma besassen.

In dieser wissenschaftlichen Weise geht der Autor weiter und schliesst, trotzdem er überall die Widersprüche und das Fehlschlagen der wichtigsten Versuche selber zugesteht, mit Emphase in folgender Weise: „Zum ersten Male ist es mir laut vorstehendem Berichte nach einer Menge fehlgeschlagener Versuche geglückt, einen typischen Primäraffect am Genitale und eine gummöse Affection arteficiell beim Thiere mittelst meiner Reinculturen des Syphiliscontagiums hervorzubringen. Die Freude und Befriedigung, die mir gerade dieser Erfolg bereitet, kann nur der richtig würdigen, der in anstrengender Anspannung seine besten Kräfte . . . . seinen Lebenszweck in aufopfernder Liebe für das allgemeine Wohl erblickt und beim Gelingen sagen kann: Mit Gottes Hilfe aus eigener Kraft." Der Referent hat bei dieser Arbeit gewiss viel zu lange verweilt, hielt sich dazu jedoch geradezu für verpflichtet, um Jeden, der sich vielleicht aus Neugierde bewogen fühlt, die Arbeiten Herrn v. Niessens zu lesen oder gar zu kaufen, davor zu warnen. Armer Verleger! Ullmann (Wien).

Petrini di Galatz. Zur Syphilisfrage. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XXII.

Petrini veröffentlicht in vorliegendem Aufsatz nochmals das von seiner Seite auf dem 5. Congress der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Prag 1895 in der Discussion zur allgemeinen Pathologie und Statistik der tertiären Syphilis Gesagte.

Ludwig Waelsch (Prag).

Philipps, Leslie. Chancre in an infant. Birmingham and Midland counties branch of the British Medical Association. Ref. The Brit. Med. Journ., 25. Jan. 1896.

Phillips zeigte ein 28 Monate altes Kind mit einem grossen Schanker der Vulva, der zweifellos durch Unsauberkeit übertragen war. Eine grosse Ulceration (Schanker?) war an dem correspondirenden Theile des Schenkels vorhanden, die durch Autoinoculation entstanden war. In beiden Leisten waren vereiterte Bubonen. Alle 4 Geschwüre waren phagedaenisch. Ein secundäres maculo-papulöses Exanthem erschien eben auf Beinen und Rücken. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Ruge, R. Syphilis und Malaria. Ein Beitrag zur Frage „Frühbehandlung der Syphilis oder nicht?" Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XXII.

Ruge spricht sich gegen die Frühbehandlung der Syphilis aus Indem er Syphilis und Malaria in ihrem recidivirenden Verlauf vergleicht, warnt er davor, eine Infectionskrankheit, gegen die man ein Specificum besitzt, mit Hilfe dieses Specificum sofort im Keime ersticken zu wollen. Man muss vielmehr erst untersuchen, ob es bei der Krankheit nicht etwa ein Stadium der Erreger gebe, in dem sie dem Specificum erheblichen Widertand leisten, und eines, in dem sie ihm leicht erliegen. Solche Stadien finden sich sowohl bei Malaria, als auch bei Syphilis, in welchen das Chinin, bezw. das Quecksilber gar nicht, oder im Gegentheil sehr wirksam sich erweist. Ebenso wie bei der Malariacachexie Chinin in seiner Wirkung versagt, bleibt auch der Effect des Quecksilbers zumeist im tertiären Stadium der Syphilis aus, und ist man bei beiden Krankheiten gezwungen, andere Mittel zu verwenden. Es erscheint dem Verf. sehr wahrscheinlich, dass der Krankheitserreger der Syphilis thierischen Ursprunges sei. Ludwig Waelsch (Prag).

Sibley, Knowsley. Extensive syphilitic eruption. Harveian Society of London. Ref. The Brit. Med. Journ., 14. März 1896.

Sibley demonstrirte eine 40jährige Frau, die vor 12 Jahren syphilitisch inficirt worden war, und jetzt an einem serpiginösen, an manche Formen von Lupus erinnernden Exanthem litt, das Ohren, Stirn und behaarte Kopfhaut ergriffen hatte und über dem Rücken weit ausgebreitet war. Die centralen Partien sind pigmentirt und zeigen ganz oberflächliche Narben, der Rand ist erhaben, schuppt und ist leicht entzündet. Vortr. glaubt, dass man ohne caustische Behandlung des Randes nicht Heilung erzielen würde. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Soto. Tachycardie chez un sujet syphilitique et paludéen. Gazeta medica de Costa Rica 1. Juni 1896. Referirt im Journal des mal.-cut. et syph. 1896, p. 732.

Soto berichtet über einen Fall von Tachykardie (Puls 175—180) bei einem Patienten, der ausser Malaria eine Lues hatte, die aber nie behandelt worden war. Es konnte in dem Blut keine Plasmodien gefunden werden, auch hatten hohe Chinindosen keinen Erfolg. Erst auf energische combinirte Behandlung trat Heilung ein.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Tait, F. Dudley. Two Cases of Virulent Syphilis and one of Reinfectio syphilitica. Transactions of the California Academy of Medicine. Occidental Medical Times. March, 1896.

Tait stellte zwei Fälle von virulenter Syphilis und einen Fall von Reinfectio syphilitica vor. Der Autor meinte, dass auf dem durch eine besondere Diathese, eine acute Krankheit oder schlechte Hygiene geschaffenen Boden die Syphilis ausserordentlich bösartig wirken könne. Im ersten Falle handelte es sich um einen scrophulösen Mann von 28 Jahren, welcher vor 2 Jahren infectirt war. Trotz energischer Behandlung mit Einreibungen und Jodkali entwickelte sich zuerst ein Gumma mit Necrose der Tibia, wodurch man zur Amputation durch das Hüftgelenk genöthigt war. Der zweite Patient war ein Alkoholiker, welcher nach zweijäh-

riger energischer Behandlung eine Osteomyelitis Tibiae bekam, welche eine Amputation im mittleren Drittel des Unterschenkels nothwendig machte. Der Fall von Reinfectio syphilitika betraf einen Mann, der im Sommer 1892 einen Chancre mit Secundärerscheinungen hatte. Er bekam eine Einreibungscur, Jodkali u. s. w. Im Jahre 1894 entwickelte sich in einer Rasiermesserwunde ein Chanker. Nachher bekam der Patient Periostitis sterni und Dactylitis syphilitica. Der Redner nahm eine Reinfectio syphilitica an.

Douglass W. Montgomery (San Francisco, Californien).

Staub, A. Polydipsie bei Syphilis. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XXII.

Staub's Patientin stand wegen secundärer condylomatöser Lues in Beobachtung, und als sich später die Erscheinungen der Polyurie und Polydipsie einstellten, gesellte sich zu denselben unter Störungen in der motorischen und intellectuellen Sphäre eine schwere doppelseitige Oculomotoriuslähmung, die sich nach Entwicklung und Erfolg der Therapie als specifisch erwies.

Staub sieht als Ursache der Erkrankung eine specifische Affection am Ependym des Aquaeductus Sylvii an (gummöse Infiltration oder specifische Endarteriitis); vom Aquäduct strahlte die Erkrankung einerseits nach dem vierten Ventrikel aus (Polyurie), andererseits auch nach dem dritten Ventrikel, worauf die Erscheinungen der Poliencephalitis superior, die in dem Krankheitsbilde auftraten (allgemeine Muskelschwäche mit Somnolenz) hinweisen. Ludwig Waelsch (Prag).

Stassano, Enrico. Vues nouvelles sur la syphilis. La France médicale 6. Aug. 1897. XLIV. Nr. 32. 33.

Stassano glaubt, dass die Erkrankungsformen der Syphilis grossentheils auf toxische Wirkung zu beziehen seien, während ein anderer Theil durch Abwehrmassregeln des Organismus, wie z. B. die Drüsenschwellung, erzeugt werde. Er meint, dass auch die einzelnen Gewebe durch die auf ihnen localisirten Processe theilweise wenigstens immunisirt werden. Daher kommt es, dass die späteren Processe sehr circumscript und nie symmetrisch mit Ausnahme der Tabes auftreten. Deshalb wurden ferner in der tertiären Periode die inneren Organe mit Ausnahme der Milz, die stets im ersten Stadium der Krankheit ergriffen werde, befallen.

Bezüglich der Einzelheiten sei noch erwähnt, dass er den Primäraffect für das Sympton einer localen Eruption und nicht als durch Contagion entstanden ansieht. Bezüglich weiterer Details muss auf das Original verwiesen werden. Löwenheim (Breslau).

Valerio, N. L'isotonia, la densità, l'alcalinità el'emoglobina del sangue dei Syphilitici in rapporto coi Cloruri avanti e durante la cura mercuriale. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXI 1896. Fasc. IV, pag. 437.

Valerio stellte eine gleiche Untersuchungsreihe, wie er sie für die Blutbeschaffenheit Syphilitischer während der Jodbehandlung ausge-

führt hatte (Atti della Regia Accademia dei Fisiocritici Ser. IV, vol. VIII) auch über die Blutbeschaffenheit während der Quecksilberbehandlung an. Zu diesem Zwecke dienten 5 Patienten, von denen sich einer in der zweiten Incubation (nur mit Sklerose und plejadenförmiger Drüsenschwellung behaftet und vier im secundären Stadium mit typischer Roseola befanden. Bestimmt wurden, wie bei der früheren Untersuchungsweise, Isotonie (Resistenz) der rothen Blutkörperchen, Alkalität des Blutes, Dichte (specif. Gewicht) desselben, Hämoglobingehalt und der Gehalt an Chloraten (Na und K). Die Untersuchungen wurden vor der Behandlung, während derselben alle 10 Tage und nach Beendigung derselben ausgeführt. Die Behandlung bestand bei dem 1. Patienten (Lues in stad. incub. sec.) in intramusculären Injectionen von $HgCl_2$ jeden 2. Tag 0·01 durch 30 Tage. — Bei 2 Patienten 0·05 Hydrarg. protojoduret pro die innerlich, durch 30 und 40 Tage — bei 2 Patienten 0·01 Hydrarg. bijoduret. pro die innerlich durch 40 Tage. Die Untersuchungen ergaben folgende Resultate: Die Resistenz der rothen Blutkörperchen ist bei mit secundärer Syphilis behafteten Patienten bedeutend herabgesetzt; gleichzeitig sind Alcalität, Dichte und Hämoglobingehalt des Blutes vermindert. Die Chlorate (Na und K) zeigen eine bedeutende Verminderung, weniger in der ersten als besonders in der zweiten Periode der Syphilis und diese Verminderung der Chlorate steht in directem Verhältnisse zu der übrigen eben erwähnten Beschaffenheit des Blutes, sowie zur Schwere der Infection und im verkehrten Verhältnisse zur inviduellen Widerstandsfähigkeit des Patienten. Während der gleichmässig durchgeführten Behandlung nehmen gleichmässig oder selbst progressiv die Resistenz der Blutkörperchen, die Alkalität und das specifische Gewicht und der Hämoglobingehalt des Blutes in gleicher Weise wie auch sein Gehalt an Chloraten zu. Die Resistenz der rothen Blutkörperchen steht ganz in directem Verhältnisse zum Gehalte des Blutes an Chloraten, und die Verminderung dieser Resistenz scheint mehr eine Folge des verringerten Chloratgehaltes des Blutes als einer schädlichen Einwirkung des syphilitischen Virus selbst zu sein; ebenso wie die Alkalität, Dichte und Hämoglobingehalt. Von den verwendeten Hydrargyrum-Präparaten zeigte das Bijoduret die beste Wirkung.

Spietschka (Prag).

Ward, Arthur H. The toxine theory of syphilis. The Lancet. 16. Mai und 23. Mai 1896.

Nach Ward's Ansicht muss es als sicher betrachtet werden, dass die Syphilis durch das Wachsthum eines Mikrobion im Organismus hervorgerufen wird, und dass dieses Mikrobion ein Toxin erzeugt, welches die Ursache der Erscheinungen der Syphilis ist. Man muss annehmen, dass dieses Toxin die Eigenschaften der übrigen von Mikroben erzeugten Toxine besitzt, z. B. dass es diffundirbar ist und den Gesetzen der Osmose folgt; dass es ein Reiz für die Gewebe ist und locale, entzündliche Reaction verursacht; dass es stark chemotaktisch ist und die Leukocyten dahin anzieht, wo es sich eben befindet und dass es Symptome allgemeiner Toxaemie erzeugt, wenn es in grösserer

Menge in die Circulation gelangt. Verf. sucht nun im Einzelnen nachzuweisen, dass die jeweiligen Erscheinungen der Syphilis sich durch die Toxintheorie am besten erklären lassen. Nachdem einzelne, wenige Mikroben in eine Hautstelle eingedrungen sind, so geht alsbald die Bildung von Toxin vor sich, das aber zunächst in sehr geringer Menge producirt wird. Auch tritt von Anfang an Chemotaxis ein; aber erst nach 3 Wochen hat sich so viel Toxin entwickelt, dass es zu einer solchen Zellinfiltration kommt, dass die Intercellularräume ausgedehnt werden, und dass sie dem unbewaffneten Auge sichtbar wird, nämlich als indurirte Papel. Die Induration ist die wesentlichste Eigenthümlichkeit der Läsion. Meist kommt es dann auch zur Ulceration, indem Rundzellen die Blutgefässwände verdicken, deren Caliber reduciren und so die Blutzufuhr nach dem inficirten Herde mangelhaft gestalten, wodurch die Zellen degeneriren. Am Rande der Colonie wird das Toxin beständig weggeschwemmt, wodurch hier der chemotaktische Einfluss aufhört und damit auch die daraus sich ergebende Induration, und so erklärt sich, nach Verf., der charakteristische scharfe Rand der Indoration des primären Geschwüres. Wächst die primäre Colonie peripher weiter in die Gewebe hinein, so folgt natürlich die Induration gleichmässig, wodurch sich das Geschwür, da auch die Ulceration dann des weiteren erfolgt, an Grösse ausdehnt. Die Grösse eines harten Schankers hängt also 1. ab von der Grösse des im Anfang inficirten Herdes und 2. von dem Wachsthum der Mikrobien in die Gewebe hinein, letztere wiederum von der Widerstandskraft des Individuum. Ein rapides Wachsthum zeigt eine schwache Widerstandskraft an und lässt viele secundäre Herde erwarten. Daher ist prognostisch die Schnelligkeit des Wachsthums, nicht die Grösse der Läsion von Wichtigkeit. Bei dem Wachsthum der primären Colonie erreichen die Mikrobein bald die Lymphspalten und werden mit dem Lymphstrom den nächsten Drüsen zugeführt. Hier wachsen sie, erzeugen Toxin und in Folge dessen Infiltration und indolente Schwellung. Von den Drüsen gelangen die Mikrobien in dem Lymphstrom weiter, kommen in den Blutstrom und werden nun durch den ganzen Organismus verbreitet. Schliesslich stranden sie an den Capillarwänden, wahrscheinlich an den entferntesten Punkten der Peripherie, nämlich an den terminalen Gefässen der Haut und Schleimhäute, also gerade an den Orten, wo sich ihre Gegenwart zuerst offenbart. Verf. meint, dass an einem gegebenen Punkte nur ein Mikrobion strande und er nimmt an, dass die secundären Colonien von solch einem einzelnen Mikrobion ausgehen, das sich dann unendlich vermehre. Die Colonie wächst dann durch die Gefässwand in die umgebenden Räume und durchdringt sogar die Epidermis, wie die ansteckende Secretion der Condylomata zeigt. Diese secundären Colonien bilden nun ihrerseits wieder Toxin, das in die Circulation gelangt. So lange dieser Process sich fortsetzen kann, entsteht keine locale Irritation und die Colonie bleibt latent. Diese Latenz kann sogar in einem inficirten Ei 9 Monate andauern und es kann ein anscheinend gesundes Kind geboren werden,

da das Toxin stets Gelegenheit fand, in die mütterliche Circulation überzugehen. Bei der Geburt jedoch hört dieses Sicherheitsventil auf zu functioniren, das Toxin häuft sich an, das Kind magert ab, wird anämisch, und bald tritt ein Ausbruch secundärer Erscheinugnen auf. Eine ähnliche Anhäufung des Toxins geht dem Auftreten der Secundaria bei acquirirter Syphilis vorauf; auch hier findet sich eine Reihe toxaemischer Symptome, wie übles Befinden, Anämie, Temperatursteigerung und Gewichtsverlust. Wenn dann die Spannung des Toxins im Blute eine gewisse Höhe erreicht hat, findet keine weitere Diffusion von den mikrobischen Herden aus statt, das Toxin wird in denselben zurückgehalten und ruft locale Irritation hervor, und nun entwickelt sich der Ausschlag. Dass die Anhäufung eines von Mikroben erzeugten Toxines im Blute allgemeine und locale Reaction hervorrufen kann, hat sich bei der Tuberculinbehandlung des Lupus gezeigt. Es ist weiter experimentell bewiesen worden, dass eine Tuberculininjection bei einem Falle secundärer Syphilis auch allgemeine Reaction hervorbringt und bei einer Rupia eine locale Irritation, ähnlich jener beim Lupus. Verf. schliesst daraus, dass das Toxin der Syphilis dem Tuberculin ähnlich sein muss, da der eine Körper die Diffusion des andern verhindern kann. Die Vernarbung des primären Geschwürs nach Ausbruch der Secundaria erklärt Verf. dadurch, dass die Zellen die Fähigkeit erlangen, die Mikrobien einzuschliessen und mehr oder weniger zu vernichten. Damit hört die Bildung von Toxin an dem primären Herde auf, die Zellen werden nicht länger angezogen und wandern in das Blut zurück. So schmilzt dann die Induration ein und das Geschwür kann heilen. — Aehnlich ist der Process in gewöhnlichen Fällen bei den secundären Herden: Die gegen das Gift tolerant gewordenen Zellen kapseln die Mikrobien ein und unterdrücken deren Wachsthum; die Toxinbildung hört auf, die eingewanderten Zellen zerstreuen sich wieder und die Zeichen der Reizung verschwinden. Zur selben Zeit ebbt die Toxinfluth im Blute ab, und eine Periode anscheinender Latenz setzt ein. Dass die secundären Läsionen weit weniger deutliche Zellinfiltration darbieten als das primäre Geschwür, beruht auf zwei Factoren: erstens, die allgemeine Toleranz, welche die Leukocyten erwerben, macht sie weniger empfindlich und zweitens, die Toxinspannung in den Herden ist nicht viel höher als die im Blute, so dass ihr stimulirender Effect auf die Zellen sehr verringert wird. Einen ähnlichen Process machen die Herde in der Schleimhaut, im Periost etc. durch. Die allgemeine Drüsenschwellung erklärt sich ebenso wie der primäre Bubo, nämlich durch das Wachsthum von Mikroben, die von den secundären Herden zu den entsprechenden Drüsen verschleppt wurden. Dass diese Schwellung noch lange besteht, wenn die Secundaria verschwunden sind, kann man verstehen, wenn man an den Bau dieser Drüsen denkt. Es ist offenbar, dass nach Erlangung der Toleranz und nach Einkapselung und Zerstörung der Mikroben die Phagocyten die Circulation viel schneller von den Hautläsionen aus erreichen als von den Buchten der Drüsen. Die Pigmentation der secundären Läsionen

muss der localen Wirkung des Toxins auf die rothen Blutkörperchen zugeschrieben werden, gerade so wie allgemeine Anämie herrührt von dessen Anhäufung in der Circulation.

Der weitere Verlauf kann nun ein dreifacher sein: Entweder zerstören die Zellen früher oder später die Mikroben gänzlich und beendigen so die Krankheit, oder sie sind nicht im Stande, sie zurückzuhalten und es treten erneute Ausbrüche ein mit der Bildung grösserer und tiefer greifender Läsionen, schwerer Anämie, Schwäche und Tod; oder endlich kann man sich vorstellen, dass die sero-toleranten Zellen sich als so ungünstigen Nährboden erweisen, dass die Mikroben in den Sporenzustand übergehen. Auch im ersten Falle kommt es noch hier und da zu localen Ausbrüchen, die man ja oft örtlichen Reizen zuschreibt, bis schliesslich eine totale Heilung eintritt. Gerade bei diesen Fällen tritt leicht eine Reinfection auf: Toleranz gegen das Gift wird zwar rasch erworben, aber auch rasch wieder verloren, und so bleibt der Organismus ungeschützt.

Die nächste Classe von Fällen, deren schlechteste als maligne oder galoppirende Syphilis beschrieben worden sind, sind jene, bei denen die Widerstandskraft durch Idiosynkrasie oder schwächende Umstände nur eine schwache ist. Bei diesen malignen Fällen fällt offenbar die Toxinfluth im Blute niemals ab und niemals wird Toleranz erworben; die secundären Herde werden immer grösser und grösser, und Ulcerationen mit offenbar localem Wachsthum anderer Mikroben und Absorption septischer Stoffe folgen. Es kommt auch zu frühzeitigen Erkrankungen des Gehirns durch Hämorrhagie oder Thrombose in Folge von Erweichung der Wände der kleinen Arterien, und diese wieder tritt ein durch das Wachsthum von Mikrobenherden in den und durch die Gefässwände. In Folge letzteren Vorganges werden die Gefässwände von Rundzellen durchsetzt, die sich an der Aussen- und Innenseite der Gefässe ansammeln. Hier können sie nun das Lumen verlegen und Thrombosis verursachen, oder die erweichte Wand wird zu einem Aneurysma ausgedehnt und platzt schliesslich. Andere Herde nisten sich an den Foramina des Schädels ein und verursachen so Druckerscheinungen etc. So lassen sich alle secundären Phänomene erklären.

Die Mittelstrasse kann man sich nun auch leicht vorstellen. Bei dieser werden die Zellen die Mikroben einkapseln, sind aber nicht im Stande, deren Lebensfähigkeit zu zerstören. Dagegen bilden sie einen genügend ungünstigen Nährboden, um die Mikroben zum Sporenstadium zu veranlassen — ähnlich ist der Tuberkelbacillus bei der Verkäsung in das Sporenstadium übergegangen. Diese Sporen liegen als inerte Körper, wie z. B. Pigmentkörnchen, in den Zellen, die Bildung von Toxin hört auf, und die Zellen wandern von den Herden aus, indem sie ihre Sporen zwischen die fixen Bindegewebszellen tragen. Diese resorbiren nun, nach Verf's. Vorstellung, die Leukocyten und empfangen so die Sporen oder sie nehmen diese nach dem Absterben ihrer Wirthe auf oder endlich diese letzteren können zu fixen Bindegewebszellen werden. Auf irgend einem dieser Wege müssen die fixen Bindegewebszellen die Sporen auf-

nehmen, da zwischen ihnen sich die tertiären Läsionen entwickeln und zwar entweder als Gummata oder Infiltrationen. Erstere sind in der Haut und im subcutanem Gewebe häufiger, da hier Bindegewebszellen in grosser Menge vorhanden und demgemäss die Sporen dicht gesäet sind, während in den Eingeweiden, wo das Bindegewebe spärlicher ist und die Blutzufuhr reichlicher, die Infiltrationen gewöhnlicher vorkommen. Diese Processe sind nach ihrer Wesenheit identisch mit den Infiltrationen der primären und secundären Läsionen.

Damit nun ein Gumma entstehe, ist eine locale Herabsetzung der Vitalität — bisweilen durch ein Trauma — erforderlich, wodurch zunächst eine oder mehrere Sporen ihre Vitalität wieder erlangen. Diese bilden eine Colonie und Toxin; letzteres setzt bei seiner Diffusion die Vitalität der Nachbarzellen herab, wodurch nun auch in diesen die Sporen erwachen und ihrerseits Toxin bilden. Dieser Process dehnt sich nach allen Richtungen aus. Da Chemotaxis die natürliche Folge ist, so wird der Herd mit Leukocyten angefüllt. Zuerst findet auch eine Vascularisation statt, aber später werden die Gefässe thrombosirt, die centralen Theile des Gumma zerfallen, und es kommt zu einem Geschwüre.

Die „quaternären" Läsionen, nervöse Degenerationen, Ataxie etc. sind einer fortgesetzten Toxinvergiftung, ohne dass locale Mikrobenwucherungen im Spiele wären, zuzuschreiben und widerstehen deshalb der Behandlung.

Was die Frage der Behandlung und der Wirkung der Arzneimittel anbetrifft, so wirkt Hg als ein kräftiges, keimtödtendes Mittel wahrscheinlich durch Herabsetzung der Vitalität der Mikroben, wodurch ihre toxinbildende Kraft geschwächt wird und die Phagocyten leichter in den Stand gesetzt werden, sie einzukapseln und zu zerstören. Ueber-Mercurialisation jedoch begünstigt die Ausbreitung der Läsionen und das Wachsthum der Mikroben, da sie die Vitalität der Gewebe herabsetzt. Die Jodsalze wirken nicht auf die Mikroben, vielmehr eliminirend auf die Toxine. Werden beide Präparate combinirt, so verschwinden die Läsionen zwar schneller, aber das Quecksilber wird auch mehr oder weniger eliminirt, so dass die Gefahr nahe liegt, dass die Mikroben in das Sporenstadium übergehen, anstatt völlig zerstört zu werden.

Verf. geht dann noch in aller Kürze auf die hereditäre Syphilis ein. Ist der Vater allein syphilitisch, so müssen die Mikroben oder deren Sporen mit dem Samen in den Uterus gelangen. Da der Uterus durch Epithel geschützt ist, wird die Mutter nicht inficirt, dagegen gelangen die Mikroben in das Ei. In solch einem Falle wird das Kind gesund geboren, weil das Toxin in die Circulation der Mutter übergehen kann, wo es einen Grad von Toleranz erzeugt, der genügt, um zu verhüten, dass das Kind nach der Geburt die Mutter inficire. (Colles' Gesetz.) Hat die Mutter eine frische Syphilis, so wird die Keimzelle die Mikroben in sich schliessen und so ein inficirtes Ei erzeugen, oder das Toxin im Kreislauf der Mutter geht in jenen des Kindes über. In beiden Fällen entsteht nur selten ein lebensfähiger Foetus. Ist der Vater ebenfalls

inficirt, so sind die Chancen für Infection und Tod des Kindes noch grösser. Ist die Infection der Mutter nicht mehr frisch, so ist die Toxinfluth in ihrer Circulation niedriger und das Kind kann genug Toxin eliminiren, um am Leben zu bleiben. Es wird aber dann zart und schwächlich geboren, mit Zeichen der Krankheit und wird eine frühe Beute schwerer Erscheinungen, auf die der Tod folgt. Ist ein Kind vom Vater allein inficirt, während die Mutter nicht inficirt ist, so wird das Kind anscheinend gesund geboren, aber das Sicherheitsventil des Ausgleiches mit dem Blute der Mutter ist geschlossen, das Toxin häuft sich an und in 2—3 Wochen treten die Herde, entsprechend den Secundaria der Erwachsenen auf. Der weitere Verlauf der Infection ist ähnlich wie beim Erwachsenen und hängt von der Widerstandskraft des Individuum ab. Es erscheint möglich, dass bei einem widerstandskräftigen Falle intrauterin Sporenbildung auftritt, und dies kann die seltenen Fälle erklären, bei denen weder in der Kindheit noch bis zum 40. Jahre Symptome auftreten (Diday). Das Ueberbleiben von Sporen in den Testikeln oder Ovarien scheint sogar die Uebertragung auf die dritte Generation glaubhaft zu machen. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Ward, Arthur H. Latency in syphilis. The Lancet 22. Febr. 1896.

Ward sucht die Ursachen der anscheinenden und wirklichen Latenz der Syphilis aufzudecken. Unter „anscheinender" Latenz versteht er eine Periode, während der keine sichtbaren Läsionen vorhanden sind, obwohl die Mikroben mehr oder weniger „bei der Arbeit" sind, während er unter „wahrer" Latenz eine Periode versteht, bei der die Mikroben absolut unthätig sind. In einer früheren Arbeit (The Lancet. 10. Septbr. 1892) hat Verf. eine Hypothese über die Ursache der Syphilis aufgestellt wie folgt: 1. Syphilis ist verbunden mit dem Wachsthum eines Mikrobion im Organismus; 2. dieses Mikrobion erzeugt ein Toxin, das die Ursache der Erscheinungen der Syphilis ist und 3. wenn dieses Toxin in den menschlichen Körper in kleinen und langsam steigenden Mengen hineingeräth, so ruft es Immunität hervor.

Die Incubationsperiode der Syphilis ist eine Periode scheinbarer Latenz. Dies kommt daher, dass das Mikrobion wahrscheinlich langsam wächst und dass zunächst nur einige wenige Mikroben bei der Infection übergeimpft wurden Es braucht also Zeit, bis sie zu einer Colonie anwachsen, die gross genug ist, um eine merkbare Menge Toxin zu erzeugen. Die Induration, das Resultat der chemotaktischen Wirkung des Toxins, tritt daher nicht sogleich auf. Erst nach einem Wachsthum von 3 Wochen ist genug Toxin gebildet, um die Rundzellen an die Colonie anzuziehen. Diese Zellen dehnen dann die Intercellularräume aus und verursachen die indurirte Papel. Die nächste Periode scheinbarer Latenz ist die sogenannte zweite Incubationsperiode zwischen der Bildung des primären Geschwüres und dem Ausbruch der Secundaria. Während derselben werden beständig secundäre Herde gebildet durch Aussaat der Mikroben von dem primären Herde aus, was dadurch bewiesen wird,

dass beim Erscheinen der Secundaria der Ausschlag polymorph ist; er zeigt ja Läsionen verschiedener Grösse und von mehr oder minder activem Verhalten. Wahrscheinlich wird jeder secundäre Herd von einem einzigen Mikrobion gebildet, das in den Blutstrom gelangte und in einem Capillargefäss strandete. Je grösser der Herd und die entsprechende Läsion sind, desto älter sind sie. Weshalb entwickeln nun diese älteren Herde ihre Läsionen nicht eher? Weshalb wird der Ausschlag ein polymorpher? Diese Erklärung sucht Verf. in Folgendem: Das in diesen Herden gebildete Toxin ist der Reiz, der die Läsionen zur Erscheinung bringt. So lange er sich frei in den Blutstrom ergiessen kann, ist kein Reiz vorhanden. Wenn aber das Toxin in der Circulation einen gewissen Concentrationsgrad erreicht hat, so kann eine weitere Diffusion desselben von den Herden aus nicht mehr stattfinden, folglich bleibt der reizende Stoff an den Herden aufgespeichert, verursacht einen der Grösse jedes Herdes proportionalen Reiz und demzufolge sind die entstehenden Läsionen gross oder klein. Dieser Periode entspricht bei der congenitalen Syphilis, wenn sie das Kind vom Vater ererbt, die Zeit von der Conception bis 2 oder 3 Wochen nach der Geburt. Hier wird das Kind anscheinend gesund geboren, da während des intrauterinen Lebens das Toxin sich frei in die Circulation der Mutter ergiessen kann (und sie so immun macht, wodurch Colles' Gesetz erklärt wird). Nach der Geburt jedoch häuft sich das Toxin an und nun kommt es zum Ausbruch der Läsionen und zugleich zu allgemeinen, toxämischen Symptomen. Den weiteren Verlauf der Syphilis stellt sich nun Verf. so vor: Die Toxinfluth hat sich bei dem Patienten so weit gesteigert, um Secundaria zu erzeugen; zur selben Zeit entwickelt sich auch eine Antitoxinfluth, die Phagocyten werden in Folge dessen tolerant und befallen die Mikroben in den Herden. Diese werden eingekapselt und entweder auf das Sporenstadium gebracht oder zerstört. Dadurch hört die Bildung des Toxins auf, das in Circulation befindliche wird eliminirt, die Läsionen schwinden und eine neue Periode anscheinender Latenz setzt ein. Aber auch die Antitoxinflut fällt allmälig und ihre schützende Kraft nimmt langsam ab. Sind die Mikroben alle zerstört, so ist die Krankheit zu Ende; aber nur bei den kräftigsten Individuen findet dieses Ende statt, bei den anderen beginnen die festgehaltenen Mikroben früher oder später wieder zu wuchern, die Toxinflut steigt wieder an und eine neue Entwickelung von Läsionen erfolgt; auch diese vergehen wieder und eine neue Periode der Ruhe tritt ein. Bei jedem folgenden Ausbruch werden die Läsionen mehr localisirt, bis zuletzt vielleicht die Handflächen allein ergriffen werden. Bei empfindlicheren oder geschwächten Individuen ist der Verlauf ein anderer; hier sind die Latenzperioden sehr kurz; die Phagocyten erreichen nicht die Kraft, das Wachsthum der Mikroben zu hemmen, Ausbruch folgt auf Ausbruch, schwere Anämie setzt ein und die Patienten finden ein frühes Ende. Man kann sich nun noch vorstellen, dass unter Umständen ein gewisser Grad von Toleranz erlangt wird, der die Zellen befähigt, die Mikroben zu fassen

und sie auf das Sporenstadium zu bringen und in diesem zu erhalten. Dies ist der einzige Weg, wie man sich die Aufhebung der Lebensäusserungen der Mikroben für z. B. 40 Jahre erklären kann. Verf. bezweifelt, dass ein thatsächlich lebendes Mikrobion so lange eingeschlossen bleiben und doch seine Vitalität behalten könnte, wohl aber vermögen dies die Sporen. Solch ein Zustand ist der einer wahren Latenz. Wird dann z. B. durch ein Trauma eine Stelle des Organismus in ihrer Vitalität geschädigt, so beginnen die Sporen auszuwachsen, Toxin wird wieder gebildet, Chemotaxis tritt wieder ein, Rundzellen werden herbeigezogen, und es kommt zur Bildung eines Gumma, oder in einem parenchymatösen Organ, zu einer Infiltration.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Syphilis: Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

Audry. Sur l'importance clinique du chancre mixte. Journal des mal. cut. et syph. 1897, pag. 17.

In einem kurzen Artikel macht Audry auf die Wichtigkeit der Diagnose des Chancre mixte aufmerksam und berichtet über 3 Fälle aus seiner Poliklinik, wo er Patienten mit multipeln, allerdings etwas elevirten und indurirten, inoculabeln Ulcera, die kurz nach der Infection auftraten, beobachtete, welche 50—60 Tage später mit maculösen oder papulösen Exanthemen sich wieder vorstellten.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Audry. Deux chancres syphilitiques éloignés et successifs sur le même sujet. Journal des mal. cut. et syph. 1897, pag. 89.

Der Patient Audry's bemerkte zwischen dem 10. und 15. Dec. einen indurirten Schanker am Penis und Anfang Januar einen zweiten an der Oberlippe. Bei der Untersuchung Ende Januar zeigte sich neben Scleradenitis ein deutliches papulöses Exanthem. Es ist also klar, dass Patient, der nur mit dem einen syphilitischen Weibe verkehrte, sich zuerst am Penis inficirte (von dieser Infection stammt auch das Exanthem) und 14 Tage bis 3 Wochen später sich eine neue Infection an der Oberlippe zuzog, zu einer Zeit, wo das Virus sich noch nicht dem Blute mitgetheilt und den Körper immunisirt hatte.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

De Beurmann (médecin de l'hôpital Broca) et **Claude** (interne). De l'érythème noueux d'origine syphilitique. Annales de dermatologie et syphiligraphie. Tome VII. Nr. 4. Avril 1896, pag. 485.

Beurmann und Claude erörtern an der Hand von 7 eigenen Beobachtungen die Frage, ob die Erscheinungen von Erythema nodosum bei Syphilitikern auf Rechnung einer anderweitigen Infection, resp. Into-

xication zu setzen, oder ob sie als syphilitische Eruptionen zu betrachten seien. Sie kommen zu folgenden Schlüssen:

Das Erythema nodosum, eine Varietät des polymorphen Erythems, tritt häufig im Laufe einer anderen Infectionskrankheit auf als Secundärläsion. Das primäre Erythema nodosum beruht wahrscheinlich auf einer latenten Infection.

Man begegnet im Laufe der Syphilis Hauteruptionen, die absolut dem klinischen Bilde des Erythema nodosum gleichen. Die Pathogenese dieses Erythems ist noch strittig. Wir sind der Ansicht, dass es sich um das Zusammentreffen zweier Erkrankungen handeln und das Erythem auf einer, mit der Syphilis concurrirenden Infection beruhen kann. In der Mehrzahl der Fälle aber ist die Syphilis selbst die Ursache des Erythems.

Zwischen dem syphilitischen Erythema nodosum und den Hautgummata oder den Unterhautzellgewebsgummata bestehen Uebergangsformen, die eine allmälige Verbindung zwischen beiden Formen bilden. Sie beweisen, dass der Unterschied zwischen diesen beiden klinischen Typen nur auf verschiedener Intensität der anatomisch-pathologischen Veränderungen beruht.

Wie die Hautaffectionen der Syphilis als Syphilide bezeichnet werden, so könnte man die in Frage stehenden Läsionen als „Syphilide noueuse" oder „à forme d'érythème noueux" bezeichnen, wenn man nicht etwa, ihrer grossen Verwandtschaft in den Gummen halber sie in allen Fällen als resolutive Hautgummen auffassen will.

E. von Düring (Constantinopel).

Bock. Quelques cas d'acné syphilitique. La Clinique. 8. octobre 1896. Ref. im Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 692.

Bock berichtet über 3 Fälle von Acneeruptionen bei Syphilitikern, welche durch keine andere, als eine specifische Therapie zur Heilung gebracht werden konnten. Obgleich diese Acneknötchen fast ganz mit der gewöhnlichen Acne identisch sind, führt Bock doch einige diagnostische Hilfsmittel zu ihrer Erkennung an: das lange Zeit unveränderte Bestehen derselben, das Hinterlassen von Narben, das häufige Befallensein des Körpers im Verhältniss zum Gesicht, das gruppirte Auftreten und vor Allem der Widerstand gegen jegliche nicht antiluetische Therapie.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Casoli, V. Il Sifiloma del meato dell' uretra maschile e le sue conseguenze tardive per la stenosi del medesimo. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXI, 1896. Fasc. III, pag. 337.

Casoli bespricht an der Hand von 10 Krankengeschichten die Sclerose des Orificium ext. urethrae, eine Localisation, die seiner Berechnung nach in 7% sämmtlicher Fälle von Primäraffect sich vorfindet. Die verschiedenen Formen desselben sind: ein erhabener Knoten an der Spitze der Glans penis, ein harter Ring um das Orificium, ein in dasselbe vorspringendes Knötchen, eine diffuse Induration und 5. jene

Form, wo sich die Induration bis zur Fossa navicularis erstreckt. Diese letztere Form gibt am leichtesten zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung. Die häufigste Veranlassung für die Localisation des Primäraffectes am Orificium ist eine vorhandene Gonorrhoe, namentlich für die unter 5. genannte. Der Primäraffect am Orificium kommt fast nie zur Resorption, ohne zu exulceriren, und gibt dadurch Veranlassung zur Bildung von Stenosen mit allen ihren Consequenzen. Selbst auch ohne Ulceration kann sich eine Stenose nach der Resorption entwickeln. Am schwersten sind jene Stenosen, welche sich nach Exulcerationen entwickeln, die sich bis in die Fossa navicularis erstrecken; sie trotzen allen Erweiterungsversuchen ausser dem Messer des Chirurgen. Deshalb erfordert ein solcher Primäraffect sorgfältige Behandlung, welche am vortheilhaftesten mit Jodol und grauem Pflaster durchgeführt wird.

Spietschka (Prag).

Cossel. Ein Fall von angeborener Lues der Schädelknochen eines Säuglings. Berl. med. Gesellschaft 17. Juni 1896. Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 27.

Ein Kind, das wegen hereditärer Syphilis mit 23 Sublimatbädern à 1·0 behandelt worden war, zeigte neben einer Pseudoparalyse des rechten Oberarms mehrfache Gummata der Schädelknochen, die sich trotz JK-Gabe weiter entwickelt hatten. O. Rosenthal (Berlin).

Cooper, Arthur. Snuffles in acquired syphilis. The Brit. Med. Journ. 22. Febr. 1896.

Cooper beobachtete das bei hereditärer Syphilis der Säuglinge so häufig vorkommende Schnüffeln bei einem 16jährigen jungen Manne, der im Frühstadium einer acquirirten, secundären Syphilis stand. Daneben fanden sich zahlreiche Schleimhautplaques des Rachens und des Mundes. Es bestand reichlicher, bald mucöser, bald eitriger Ausfluss aus der Nase, der gelegentlich auch blutig wurde, aber niemals übel roch. Spiegeluntersuchung von vorn her liess allgemeine Congestion und leichte Schwellung der Nasenschleimhaut erkennen, aber weder Plaques noch Geschwüre oder Schorfe; Rhinoskopia posterior wurde nicht ausgeführt. Nach 3 monatlicher Dauer verschwand unter Hg und localer Cauterisation und Kochsalzlösungeinspritzungen das Schnüffeln zugleich mit den Plaques im Rachen und Munde. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Dreysel, Max. Ueber das Leukoderma syphiliticum. (Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 42.)

Dreysel ist der Ansicht, dass zweifellos in einzelnen Fällen das Leukoderma in unmittelbarem Anschluss an papulöse Herde entsteht, dass aber in vielen andern dasselbe auftritt, ohne dass vorher syphilitische Efflorescenzen nachweisbar waren. Nach Jadassohn kommen bei frischer Syphilis Hautinfiltrationen vor, welche zu unbedeutend sind, um als Papeln oder als Roseola in Erscheinung zu treten. D. fand in 3 mikroskopisch untersuchten Fällen von Leukoderma, dass weder die Riehl'sche noch die Ehrmann'sche Ansicht zu Recht besteht, sondern dass es sich um einen wirklichen Pigmentverlust an der Stelle des Leuko-

derma handelt. Was den diagnostischen Werth betrifft, so hält D. die Angabe Lewin's, welcher in 4% bei nicht syphilitischen Frauen Leukoderma gefunden hat, in Folge der Eigenthümlichkeit des Materials für nicht massgebend, während er unter 2018 einer anderen Station entnommenen Personen nur in 3 Fällen Leukoderma nachweisen konnte.

O. Rosenthal (Berlin).

Ferro. Die schmerzhafte Form des Schankers an der Tonsille. Thése de la Faculté de Paris. Nr. 364. Ref. Gazette hebdom. de med. et de chir. Nr. 49.

An der Tonsille ist der syphilitische Primäraffect lange Zeit verkannt worden. Die schmerzhafte Form kann besonders leicht mit Angina verwechselt werden, da sie häufig mit Fieber verbunden ist. Die Schmerzhaftigkeit ist fast ebenso häufig als die consecutive Drüsenschwellung. Gleichzeitig mit dem Tonsillarschanker kann man in manchen Fällen Herpesbläschen finden. P. Rona (Berlin).

Fournier, Alfred. Roséoles syphilitiques à récidives multiples. Annales de dermatologie et de syphiligraphie Tome. VII. N. 10. octobre 1896, pag. 1141.

Fournier gibt eine Analyse von 32 Fällen (aus der Privatpraxis) von recidivirender Roseola. Das Roseolaexanthem trat auf:

in 5 Fällen	2mal
„ 7 „	3 „
„ 4 „	4 „
„ 8 „	5 „
„ 5 „	6 „
„ 2 „	7 „
„ 1 „	8 „

und recidivirte:

im ersten Jahre	33mal
„ zweiten „	41 „
„ dritten „	18 „
„ vierten „	9 „
„ fünften „	5 „
„ sechsten „	3 „
„ zehnten „	1 „
„ elften „	1 „

Die Roseola-Recidive kamen zur Beobachtung fast nur bei solchen Individuen, die vorher einer Behandlung unterzogen waren. Eigenthümlich ist die Neigung zu Recidiven, welche diese „roséoles en retour" aufweisen. F. fügt eine Reihe (8) ausführlicher Krankengeschichten hinzu. — Die Roseola-Recidive sind fast stets ein Diminutif der Primär-Roseola; das Exanthem ist weniger ausgedehnt und die einzelnen Läsionen sind weniger zahlreich. Die einzelnen Flecke sind oft grösser, ausnahmsweise bis zu 5 Frankstückgrosse; ihre Farbe ist weniger intensiv roth. Schliesslich sind sie oft annulär, mit einem intacten Centrum. Sie sind als Symptome durchaus irrelevant; nur der moralische Effect auf die Träger

ist oft ungünstig. Ob sich diese Recidiv-Roseola durchaus mit den tertiären Erythemen decken, ist nach F. noch eine offene Frage.

E. von Düring (Constantinopel).

Frank, Theodor. Ueber syphilitische Tumoren der Nase. Inaug.-Diss. Strassburg 1894.

Frank beschreibt drei neue Fälle von syphilitischen Tumoren der Nase, von denen zwei tertiärer Natur vom Septum ausgingen und dasselbe perforirt hatten. Beim dritten, hereditär-luetischen Falle gingen die Tumoren theils von den Muscheln, theils vom Boden der Nasenhöhle aus und füllten beide Nasenhöhlen vollständig aus. Unter Jodkali-Behandlung heilten die Patienten. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Griffin, E. Harrison. Chancres found in unusual Localities. New-York Med. Jour. LXIII. 23. Mai 1896.

Griffin berichtet im Anschluss an 12 bereits in einer früheren Arbeit (Med. Record Oct. 1. 1892) erwähnte Fälle über 20 extragenitale syphilitische Primäraffecte, die er innerhalb 2 Jahren theils in der Privatpraxis, theils in der Poliklinik beobachtete. Dem Sitze nach vertheilen sich die Chancre auf die Unterlippe 6, Zunge 4 (1 auf der Basis) Tonsille und Anus je 2, Oberlippe, Nase (linker Flügel), Kinn, Zahnfleisch, Brustwarze und Handgelenk je 1. Ueber den Verlauf der Krankheit fehlen Angaben. Hermann G. Klotz (New-York).

Heller, Julius. Beiträge zur Lehre von der Dactylitis syphilitica. Dermatolog. Zeitschrift, 1896, Band III, Heft 5—6.

Nach einer Zusammenfassung alles dessen, was bisher in der Literatur über Dactylitis syphil. bekannt geworden, übergeht Heller zur Beschreibung zweier von ihm selbst beobachteter Fälle. Im 1. Fall handelte es sich um ein 49jähriges Fräulein, das nebst einem perforirten Gumma am Ballen der linken grossen Zehe und einem Gumma am rechten Vorderarm an Zeige- und Mittelfinger der linken Hand eine wenig schmerzhafte, spindelförmige Auftreibung beider Grundphalangen aufwies. Die Auftreibung gehörte dem Knochen an, war circulär, glatt, die Haut darüber nur etwas verdickt, ihre Falten daselbst ein wenig verstrichen, sonst normal. Auf innerlichen Gebrauch grosser Dosen Jodkali ging die Affection langsam zurück. Etwa ein Jahr später starb Patientin unter den Zeichen allgemeiner Erschöpfung.

Der zweite Fall betraf ein $2^1/_2$ Jahre altes Kind, das sich angeblich an einer Schrankthüre das Endglied des vierten rechten Fingers eingeklemmt hatte. Die betreffende Endphalange war geschwollen; der Nagel, von Eiter umspült, wurde partiell entfernt, trotzdem sistirte die Eiterung nicht, der ganze Process zeigte trotz sorgfältigster antiseptischer Behandlung keine Heilungstendenz und war auffallend schmerzlos. Aus diesen Erscheinungen wurde H. auf die Diagnose Lues geleitet, verordnete Quecksilber-Pflastermull, und die Affection, die vorher jeder chirurgischen Behandlung standhaft getrotzt hatte, heilte jetzt innerhalb Wochen vollständig. Gustav Tandler (Prag).

Jullien. Ulcera sifilitica delle due amigdale, contratta succhiando il seno (aus la presse médicale 1897, Nr. 21). Gazzetta medica di Torino. 1897, Nr. 12.

Jullien beobachtete secundäre Syphiliseruption bei einem 19jährigen Mädchen mit mangelhafter Ausbildung der Genitalorgane (imperforirter Hymen, Fehlen der Scheide). Die Eintrittsstelle des Virus musste im Munde vermuthet werden, wo auf beiden Tonsillen je ein Geschwür mit harten erhabenen Rändern und buchtigem Grunde, auf den weichen Gaumen übergreifend, sass. Die Art des Zustandekommens der Infection bestand darin, dass Pat. die Brustwarzen einer Verwandten, zur Vorbereitung für deren neugeborenes Kind, angesogen hatte. Diese Verwandte und ihr Kind litten an frischer (vom Gatten stammender) Syphilis. Ob das Syphilisvirus durch eine specifische Läsion der Brustwarze oder Ansteckungsstoff, der durch den Mund des Kindes dort deponirt war, in den Mund der Pat. gelangte, ist mit Sicherheit nicht zu entscheiden. Felix Pinkus (Breslau).

Iversenc. Alopécie syphilitique totale des cils. Journal des mal. cut. et syph. 1897, p. 92.

Die 12jährige Patientin Iversenc's zeigte neben anderen manifesten Erscheinungen der Lues eine völlige Alopecie der Augenwimpern; die Gegend der Augenbrauen war mit seborrhoischer Kruste bedeckt, die Haare fielen auch dort aus, ebenso wie das Kopfhaar auch dünn war. Nach 4wöchentlicher Cur Besserung und Wiedererscheinen der Haare.

Paul Neisser (Beuthen O. S).

Labbé. Un cas de maladie de Parrot. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1897. Nr. 8. p. 88. Société anatomique. 22. I. 97.

Labbé fand bei der Section eines Kindes, welches im Leben die Zeichen der Pseudoparalyse beider Arme dargeboten hatte, keine Zeichen von Syphilis in den Eingeweiden, wohl aber Erkrankungen des Knochenmarks an den Epiphysenlinien. Am Collum chirurgicum fand sich beiderseits eine circuläre Exostose und dabei war der Kopf leicht beweglich.

Auf einem Längsschnitt sah man den Knorpel vascularisirt, die Ossificationslinie durch eine unregelmässig graugelbliche Masse ersetzt. Der Epiphysenknorpel war stark vascularisirt und von der Diaphyse durch entzündliches Gewebe mit vielen Gefässen und embryonalen Zellen, Knorpel und Knocheninseln getrennt. Die Osteophyten werden wegen ihres Sitzes an der Trennungslinie als Callusmassen gedeutet, die durch die Syphilis nicht zur guten Ausbildung gelangen konnten.

Löwenheim (Breslau).

Lang, Eduard. Papeln am Genitale. Phlebitis luetica. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. IV. Jahrgang 1895.

Lang berichtet über eine 31 Jahre alte Taglöhnerin, die neben Papulae ad genitalia und Poly-Skleradenitis inguinalis noch eine Entzündung der Vena saphena zeigte. Dieselbe war am rechten Unterschenkel vom Malleolus internus bis in die Kniekehle hinauf als grünlich

verfärbter fingerbreiter Streifen sichtbar und als fingerdicker derber schmerzhafter Strang fühlbar, der sich auch auf die Innenfläche des Oberschenkels verfolgen lässt. Heilung in vier Wochen durch antiluetische Behandlung (innerlich 3—6 Pillen von 50% Ungt. Hydrargyr. lanolin. pro die, local Emplastr. ciner.). Fricke (Breslau).

Lobisch, Erich. Ueber papillomatöse Vegetationen im Verlaufe der Syphilis. Inaug.-Diss. München 1895.

Nichts Neues.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Manasse, Paul. Ueber syphilitische Granulationsgeschwülste der Nasenschleimhaut, sowie über die Entstehung der Riesenzellen in denselben. Virchow's Archiv 1897, Band 147, Heft 1.

Manasse beschreibt 5 Fälle, bei welchen es sich um folgenden Befund in der Nase handelte; das Naseninnere scheint verlegt durch Geschwülste, die nachstehendes Aussehen haben: „Sie besitzen meist eine glatte Oberfläche, sind selten ulcerirt, kommen theils solitär, theils multipel vor, u. z. sowohl am Septum, als auch an den Muscheln und am Nasenboden, mit Vorliebe aber am Septum. Die Farbe der Tumoren ist grau bis roth. Sie sitzen der Schleimhaut theils mit einem Stil, theils mit breiter Basis auf, haben eine weiche Consistenz und bluten nur mässig stark bei genauerer Untersuchung. Verhältnissmässig oft scheint das Septum eine Perforation zu haben, an deren Rande die Tumoren dann, u. zw. meist nach beiden Seiten hin, aufsitzen. Ausgedehntere Caries fand sich niemals, auch fehlte jede Spur von Foetor." Bezüglich des Baues dieser Tumoren handelt es sich um Granulationsgeschwülste mit reichlichen Rund- und jungen Bindegewebszellen, hie und da mit geringer Ansammlung von theils käsigem, theils hyalinem Materiale, und mit Vorhandensein von vielkernigen Riesenzellen nach dem Typus der Langhans'schen Riesenzellen. Klinisch mussten die Geschwülste im Naseninnern unter Zuhilfenahme der Anamnese und aus dem sonstigen somatischen Befunde, sowie in Folge der günstigen Beeinflussung der Tumoren durch eine eingeleitete Jodkali-Therapie für luetisch erklärt werden; histologisch aber war, wie M. selbst zugesteht, die Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberculose sehr schwierig, da die sogenannten Tuberculome, d. s. glatte, theils gestielte, theils breit aufsitzende selbständige Geschwülste, die sich bei tuberculösen Individuen an der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Nase entwickeln können, ein ganz ähnliches histologisches Bild darbieten. Die Riesenzellen dieser luetischen Geschwülste unterscheiden sich in gar nichts von den Langhans'schen bei der Tuberculose, und M. hält nach Schüppel u. a. dafür, dass dieselben in kleinsten Venen, seltener in Lymphgefässen entstehen, deren gewucherte Endothelzellen zum grössten Theil die Kerne der Riesenzelle darstellen, zum Theil sind wohl auch weisse Blutkörperchen an der Bildung dieser Kerne betheiligt, während der Mantel der

Riesenzelle durch Zusammenfliessen mehrerer, in der Umgebung derselben befindlicher Zellen gebildet sein soll.

Gustav Tandler (Prag).

Mazet. Du chancre syphilitique de la conjonctive Journal des mal. cut. et syph. 1897. p. 1.

Bei der relativen Seltenheit von Primäraffecten an der Conjunctiva Palpelrarum oder Bulbi und der Schwierigkeit ihrer Differentialdiagnose mit tertiären Erscheinungen und anderweitigen Tumoren fühlt sich Mazet verpflichtet, einen Fall aus seiner Praxis ausführlich zu schildern. Es handelt sich um eine 50jährige Dame, welche sich einen Primäraffect an der inneren Fläche des rechten unteren Augenlides bei der Pflege eines an Lues zu Grunde gegangenen Kindes zugezogen hatte. Erst als sich zu dem etwas infiltrirten, mit einer ganz oberflächlichen Erosion versehenen kleinen Tumor, welcher ganz das Aussehen eines Chalazion hatte, eine Schwellung der präauricularen und submaxillaren und später der cervicalen und subclavicularen Drüsen hinzugesellte, konnte die Diagnose gestellt werden, die durch das später auftretende Exanthem bestätigt wurde. Verf. schildert dann des Weiteren den Infectionsmodus, die Differentialdiagnose, Prognose und Therapie dieser Affection.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Montgomery, D. W. Pigmentation of the Forehead following a Syphilitic Roseola. Occidental Medical Times. January, 1897, pag. 1.

Nichts Neues.

Douglass W. Montgomery, (San Francisco, Clifornia).

Montgomery, D. W. An Obstinate Chancre of the Lower Lip. American Medico-Surgical Bulletin, Vol. X. Nr. 5 1896.

Typischer Schanker an der Unterlippe einer 52jährigen Frau. welcher trotz energischer innerlicher sowohl wie äusserlicher Behandlung. die 3 Wochen nach dem ersten Erscheinen des Geschwürs eingeleitet wurde, 144 Tage anhielt. Trotzdem derselbe ungefähr 2 Monate nach Anfang der Behandlung heilte, ulcerirte er bald wieder. Noch ein Jahr später war etwas Induration, eine dunkelrothe Farbe und eine kleine Narbe vorhanden. Secundaria stellten sich während der Behandlung ein.

Louis Heitzmann (New-York).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Dr. L. Leistikow. Therapie der Hautkrankheiten. Mit einem Vorwort von P. G. Unna. Hamburg und Leipzig. Leopold Voss 1897.

Angezeigt von Prof. Dr. von Düring in Constantinopel.

Leistikow's Buch kommt einem dringenden Bedürfniss entgegen und wir hoffen, dass Verf. sowie der rührige Verlag recht bald an eine zweite Auflage dieses Buches herantreten müssen.

Gerade aber, weil eine kurze Therapie der Hautkrankheiten ein entschiedenes Bedürfniss ist und weil dem Verf. ausreichende Erfahrung und Beherrschung des Stoffes zur Seite stehen, möchten wir eine Reihe von Punkten berühren, die unserer, z. Th. natürlich subjectiven Ansicht nach, mit Vortheil für den Zweck des Buches in einer neuen Auflage vielleicht geändert werden könnten.

Wie es die Art des Zustandekommens eines solchen Buches, aus einzelnen Notizen, leicht mit sich bringt, ist der Styl zum Theil etwas zu „leger". Dem wird L. zweifellos in einer neuen Auflage leicht abhelfen (z. B. pag. 73: mit Ausnahme für ausser, pag. 85 kurz hintereinander: Es wirkt auch ...; es wirkt auch ...; Man kann auch ...; ferner häufig das Wort „pur", für „allein oder rein"; pag. 174 „Inflammationen" für Entzündungen etc.).

Die von pag. 100—113 gegebene Uebersicht über die Therapie der inneren Krankheiten ist sicher gar zu compendiös; meiner Ansicht nach fällt dieselbe am besten ganz fort, denn der Praktiker braucht sie nicht. Eigentlich nicht in den Rahmen des Buches hineingehörig, aber im allgemeinen Theil zweckmässiger als jene Uebersicht, wäre vielleicht eine kurze Uebersicht über die Beziehungen innerer Krankheiten zu Hautaffectionen.

Eine schärfere Trennung zwischen den angenehmen, resp. empfehlenswerthen, wie Pilze aus der Erde schiessenden, neuen „Applicationsmethoden", Vehikeln etc. und dem, was für den Praktiker nothwendig ist, womit er in allen Fällen auskommt, würde sehr zweckmässig sein. Die Fülle der empfohlenen Methoden und Mittel wirkt verwirrend. Es gehört zu ihrer Beurtheilung eine so riesige Erfahrung an einem so umfangreichen Material,

wie sie ein einzelner gar nicht haben kann. Der Specialist wird sich ja bald seinen „Standard-Bedarf" selbst aussuchen. Die „Polypragmasie" in einzelnen Capiteln ist gar zu gross. Man sehe sich das Capitel über Erythema exsudativ. multiforme, über Prurigo, über Herpes an. Obgleich ich jährlich über hundert Fälle von ersterer Krankheit sehe, bin ich bis jetzt mit Amylumpulver, Borsalbe, gelegentlich einer Zinkpaste ausgekommen, habe auch noch nie das Bedürfniss nach weiteren therapeutischen Massnahmen empfunden. Bei der Therapie der Prurigo, über die mir grosse Erfahrung zur Seite steht, wäre dem Praktiker mit präcisen, wenigen, aber die ganze Behandlung, die Art ihrer Durchführung angebenden Vorschriften besser gedient, als mit der Aufzählung aller etwa in Betracht kommenden Mittel. Der Erfolg der Therapie liegt hier im Wie, nicht im Was; er liegt in der jahrelangen consequenten Durchführung der Behandlung mit den einfachsten Mitteln!

Gerne würde ich in einer neuen Auflage den Theil, welcher die Bäder bespricht, etwas ausführlicher behandelt sehen; dem Praktiker ist sehr gedient damit, wenn er über Temperatur der Bäder, Dauer derselben, etwaige Reizungserscheinungen nach den Bädern etwas genauere Daten erhält. Der allgemeine Theil ist das wichtigste und die specielle Therapie kann durch Hinweis auf den allgemeinen Theil, ev. durch Beigabe eines Receptanhanges, auf dessen Nummern zu verweisen wäre, bedeutend gekürzt werden. So könnte für den Praktiker aus dem sehr brauchbaren Buche ein unentbehrliches werden.

Noch eine durchaus subjective Bemerkung. Eigenthümlich ist die Vorliebe für das Ichthyol, dem wir auf fast jeder Seite begegnen. Nach meinen Erfahrungen steht der therapeutische Effect in gar keinem Verhältniss zu der Abneigung der Patienten gegen Geruch und Geschmack dieses Mittels, so dass ich seine Anwendung ausserordentlich eingeschränkt habe.

Das „Neue" dieser Publication rechtfertigt gewiss diese eingehendere Kritik. Ich will aber ausdrücklich betonen, dass das Buch einem wirklichen Bedürfniss abhilft, und dass es auch in vorliegender Fassung als durchaus empfehlenswerth zu bezeichnen ist.

Varia.

Wir haben nachfolgende Zuschriften erhalten:

Bien que je m'abstienne, en règle générale, des revendications de priorité, permettez moi d'exprimer publiquement le regret, que notre éminent collaborateur le professeur Caesar Boeck n'ait pas eu connaissance, lorsqu 'il a rédigé son intéressant mémoire sur les exanthèmes de la tuberculose, du travail, que j'ai communiqué en août 1896 au congrès de Londres, et [1]) que j'ai reproduit depuis lors, en l'augmentant, dans la revue de la tuberculose, sous le titre de Rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire; il n'aurait pas écrit, qu'il n'existait encore aucune étude d'ensemble sur ce sujet et il y aurait trouvé exposées, dans leurs traits essentiels, les vues et interprétations, qu'il s'est appliqué à mettre en évidence.

Paris, 28 Fevrier 1898. - H. Hallopeau.

Die obigen Bemerkungen von Prof. Dr. Hallopeau, welche durch die Güte der Redaction mir zugänglich waren, sind vollständig berechtigt. In meiner in norwegischer Sprache erschienenen Abhandlung über dieses Thema (pag. 11) ist nämlich der Vortrag Hallopeau's thatsächlich in dem Sinne erwähnt, dass Hallopeau schon vor Darier, nämlich beim Londoner Congresse, August 1896, eine ähnliche Gruppe von tuberculösen Toxinidermien aufgestellt hatte. Aber unglücklicherweise wurde beim Umarbeiten des norwegischen Textes ins Deutsche diejenige halbe Seite, welche auch diese Bemerkung enthielt, nicht benutzt, wobei ich mir zu Schulden kommen liess, dass die Mittheilung Hallopeau's auch sonst nicht in der deutschen Zusammenstellung meiner Arbeit erwähnt wurde, ein Versäumniss, das ich tief beklagen muss, weil dadurch die Verdienste Hallopeau's in dieser Frage nicht zu ihrem vollen Recht gekommen sind. Es war mir auch entgangen, dass der Vortrag Hallopeau's in den „Annales de Dermatologie" abgedruckt worden war.

Christiania, am 5. März 1898. C. Boeck.

Congress für innere Medicin. Derselbe findet vom 13.—16. April 1898 in Wiesbaden statt. Das Präsidium übernimmt Herr Geh. San.-Rath Professor Dr. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.).

---

[1]) Ce travail a eté publié in extenso dans le numéro d'août 1896 des annales de dermatologie et de syphiligraphie.

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Mittwoch, den 13. April: Ueber den medicinisch-klinischen Unterricht. Referenten: Herr Geheimrath Professor Dr. v. Ziemssen (München) und Herr Professor Dr. R. v. Jaksch (Prag).

Am dritten Sitzungstage, Freitag, den 15. April: Ueber intestinale Autointoxicationen und Darm-Antisepsis. Referenten: Herr Professor Dr. Müller (Marburg) und Herr Professor Dr. Brieger (Berlin).

Auf besondere Aufforderung des Geschäftscomités hat sich Herr Professor Dr. Leo (Bonn) bereit erklärt, einen Vortrag über den gegenwärtigen Stand der Behandlung des Diabetes mellitus zu halten.

Folgende Vorträge und Demonstrationen sind bereits angemeldet: Herr Schott (Nauheim): Ueber chronische Herzmuskelerkrankungen. — Herr van Niessen (Wiesbaden): Der Syphilisbacillus (Demonstration). — Herr B. Laquer (Wiesbaden): Ueber den Einfluss der Milchdiät auf die Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäuren. — Herr Determann (St. Blasien): Klinische Untersuchungen über Blutplättchen. — Herr Weintraud (Wiesbaden): Ueber experimentelle Magenectasien.

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w., soweit sie für die innere Medicin von Interesse sind, verbunden.

Anmeldungen und Auskunft bei Herrn San.-Rath Dr. Emil Pfeiffer (Wiesbaden), Parkstrasse 9b.

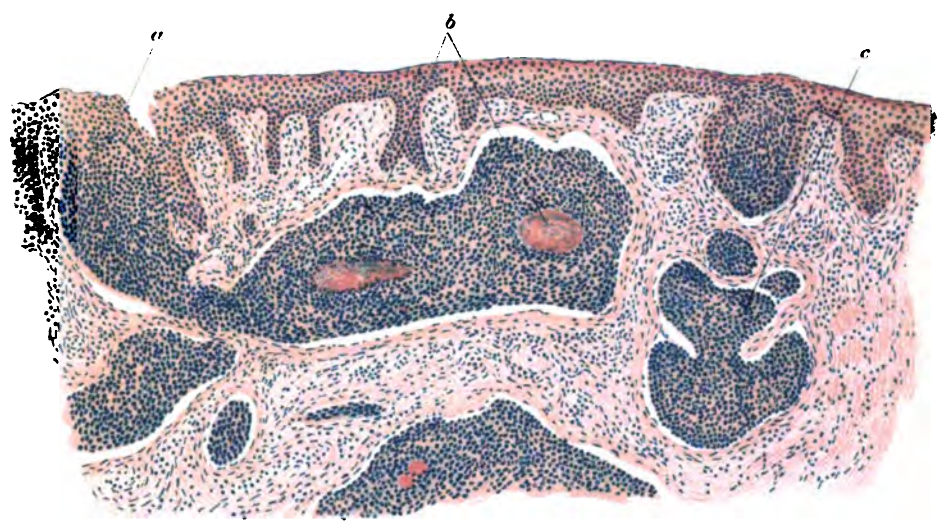


Fig. 1.

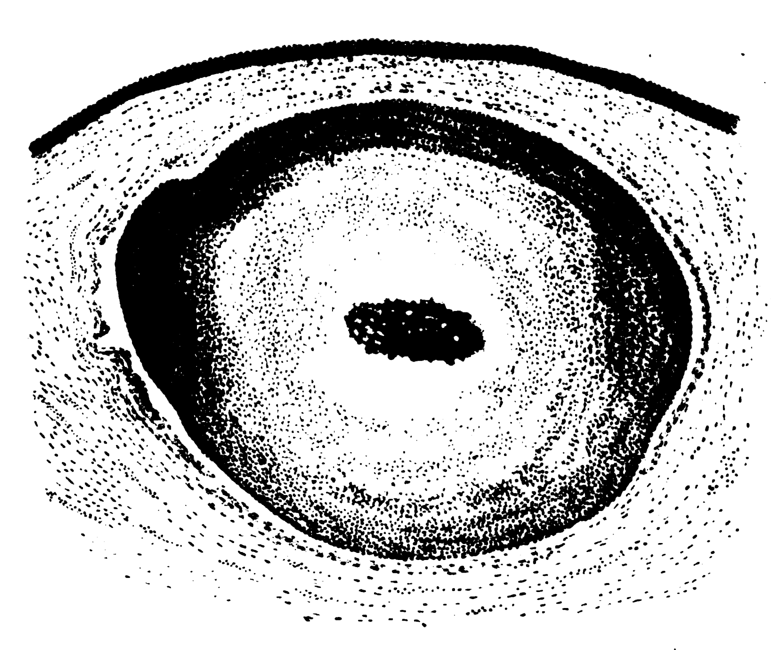
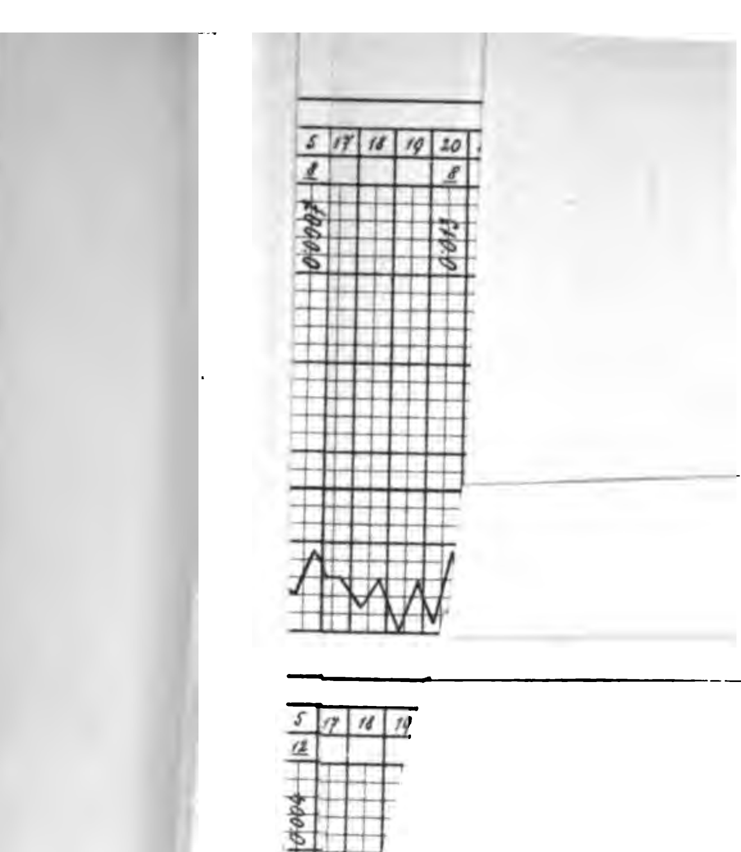


Fig. 2.

Kreibich: Zur Histologie des Ulcus rodens.



5
17
18
19
20
8
8
0.0007
0.013



5
17
18
19
12
0.004

